

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE

PAR
MARIANNE PAQUETTE

LA PERCEPTION MATERNELLE DU TEMPÉRAMENT DE L'ENFANT
EN FONCTION DE LA DÉPRESSION MATERNELLE
ET DU JEUNE ÂGE DE LA MÈRE

JUIN 2001

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'étude présentée dans ce mémoire s'intéresse à l'effet de certaines caractéristiques de la mère sur la validité de son évaluation au sujet du tempérament de son enfant. Un des objectifs était de tenter de déterminer si la dépression maternelle était associée à la présence de distorsion négative dans la perception maternelle du niveau d'irritabilité de l'enfant. Le second objectif était de mesurer l'influence négative probable du jeune âge de la mère sur la perception maternelle de l'irritabilité de l'enfant. L'évaluation des mères a été comparée à celles d'observateurs indépendants, en prévoyant que les observateurs n'identifieraient aucun des groupes d'enfants comme présentant des niveaux élevés d'irritabilité. La méthode employée dans cette étude se base sur l'étude longitudinale du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille de l'UQTR. L'échantillon se compose de 134 dyades mère-enfant volontaires. Des 47 mères adultes, 10 étaient dépressives (21%) et des 87 mères adolescentes, 25 étaient dépressives (29%). Les 134 enfants étaient âgés de six mois. Lors d'une entrevue semi-structurée dans le cadre d'une visite à la maison par deux observateurs, la mère devait compléter les questionnaires suivants : un questionnaire de renseignements généraux, le questionnaire du « Center For Epidemiological Studies-Depression Scale » évaluant la présence d'éléments dépressifs et « l'Infant Characteristics Questionnaire », dont l'échelle « fussy-difficult » évalue le niveau d'irritabilité de son enfant. Un des deux observateurs devait répondre au « Emotion Regulation Subscale » du « Behavior Rating Scale » de Bayley qui évalue l'irritabilité de l'enfant durant la passation du test. Les résultats de l'étude

indiquent que le seul groupe de mères à évaluer un niveau d'irritabilité chez leur enfant significativement supérieur aux autres était celui des mères adultes dépressives, mais ce groupe ne comportait que dix participantes. Les observateurs, pour leur part, ont évalué les enfants des quatre groupes de mères selon un même faible niveau d'irritabilité. L'analyse de variance employée pour déterminer l'effet de la dépression et de l'âge sur la perception maternelle du niveau d'irritabilité de son enfant témoigne d'un effet d'interaction significatif de ces deux variables et d'un effet principal significatif de la dépression sur la perception maternelle. Suite aux résultats de cette étude, il est donc possible de conclure que la dépression semble avoir un effet de distorsion négative sur la perception maternelle du niveau d'irritabilité de l'enfant, lorsque la mère est adulte. D'autres part, l'effet d'interaction significatif des variables de la dépression et de l'âge sur la perception maternelle établit l'importance de considérer l'âge dans l'étude du phénomène de la distorsion perceptuelle due à la dépression.

Table des matières

| | |
|---|-----|
| Sommaire | ii |
| Liste des Tableaux | vi |
| Remerciements..... | vii |
| Introduction..... | 1 |
| Contexte théorique | 4 |
| Le Tempérament | 5 |
| La Dépression Maternelle | 12 |
| Le Jeune Âge de la Mère..... | 27 |
| La Dépression Maternelle et le Jeune Âge de la Mère..... | 36 |
| Les Hypothèses de Recherche..... | 37 |
| Méthode | 38 |
| Les Participants | 39 |
| Les Instruments de Mesure | 41 |
| Le Déroulement | 46 |
| Résultats | 47 |
| L'Analyse des Données | 48 |
| La Présentation des Résultats..... | 49 |
| Discussion | 54 |
| Conclusions en Lien avec les Hypothèses de Recherche..... | 55 |

| | |
|---|-----|
| Portée de l'Étude..... | 65 |
| Commentaires au Sujet de l'Étude..... | 69 |
| Conclusion | 72 |
| Références..... | 78 |
| Appendice A : Questionnaire de Renseignements Généraux..... | 89 |
| Appendice B : Questionnaire du « Center for Epidemiological Studies- Depression Scale » (CES-D)..... | 94 |
| Appendice C : Questionnaire du « Infant Characteristics Questionnaire » (ICQ) | 97 |
| Appendice D : « Emotional Regulation Subscale » (ERS) du Behavior Rating Scale de Bayley | 104 |

Liste des Tableaux

Tableau

| | | |
|---|---|----|
| 1 | Répartition des mères selon l'âge et le niveau de dépression | 40 |
| 2 | Les scores dépressifs (CES-D) des mères en fonction de leur âge | 50 |
| 3 | Moyennes ajustées et écarts types à l'échelle « fussy-difficult » du ICQ en fonction des groupes d'âge et du niveau de dépression des mères | 51 |
| 4 | Moyennes ajustées et écarts types de la sous-échelle ERS du Bayley en fonction des groupes d'âge et du niveau de dépression des mères..... | 51 |
| 5 | Analyse de variance de l'échelle « fussy-difficult » du ICQ en fonction des deux variables indépendantes..... | 52 |
| 6 | Analyse de variance de la mesure du ERS par les observateurs en fonction des deux variables indépendantes..... | 53 |

Remerciements

L'auteure exprime sa gratitude à toutes les personnes qui ont participé à la réalisation de ce projet de recherche. Des remerciements plus particuliers s'adressent à M. Marc Provost pour sa direction et son soutien assidu tout au long de ce travail, ainsi qu'à M. George Tarabulsy pour son grand support dans l'élaboration du projet. Elle tient également à exprimer sa reconnaissance aux mères et enfants pour leur généreuse participation à cette étude, ainsi qu'aux nombreuses personnes ayant contribué à la cueillette de données. Enfin, elle tient à souligner le soutien et la patience manifestés par Sébastien Collard lors de l'élaboration et de la correction de ce mémoire.

Introduction

La psychologie du développement actuelle s'intéresse aux interactions que l'enfant entretient avec son milieu. Bien que l'interaction soit le principal objet de la recherche, les spécialistes tentent aussi de préciser l'importance de chaque élément de cette interaction. Ainsi nous retrouvons une documentation abondante sur les caractéristiques particulières des parents, de la famille ou de l'enfant. De tous ces éléments, le tempérament ressort comme la caractéristique de l'enfant qui est de loin la plus étudiée.

Cela dit, une grande partie de la documentation à ce sujet se base sur les réponses des mères à des questionnaires sur les caractéristiques comportementales de leur enfant. Plusieurs auteurs (voir Cummings & Davies, 1994; Richters, 1992) ont remis en question cette utilisation des questionnaires en affirmant que ce procédé est trop influencé par les perceptions et les caractéristiques personnelles de la mère.

Le but de cette recherche est de contribuer à ce débat en tentant de déterminer si certaines caractéristiques spécifiques de la mère peuvent influencer son évaluation du tempérament de son enfant. Une de ces caractéristiques est celle de la dépression, cet état influençant la perception de la mère face à son entourage (Beck, 1976). L'adolescence des mères est aussi une caractéristique intéressante puisqu'elle influence la perception que la mère a de son enfant (Dukewich, Borkowski, & Whitman, 1996).

La différence de notre étude par rapport à celles s'intéressant à l'influence de la dépression maternelle sur la perception de la mère par rapport à son enfant réside dans l'ajout d'une nouvelle variable, celle de l'âge de la mère. L'effet de cette variable sur la perception maternelle du tempérament de l'enfant n'a été que brièvement abordé dans les études précédentes et pourrait avoir joué un rôle primordial dans leurs résultats.

Par ailleurs, notre étude se base sur l'expérience des travaux antérieurs pour considérer comme impératif l'utilisation d'un critère objectif d'évaluation, soit le recours à des observateurs indépendants pour évaluer le tempérament de l'enfant. De cette façon, les évaluations du tempérament de l'enfant faites par les mères seront comparées à celles d'observateurs indépendants.

Ce mémoire comprend six grandes divisions, en commençant par la présente introduction. Ensuite, le contexte théorique nous permettra d'élaborer le contexte qui sous-tend nos hypothèses. La méthode suivra, où la structure de l'étude sera décrite. Par la suite, les résultats obtenus dans cette étude seront présentés, puis nous poursuivrons avec la discussion où sera commentée la signification des résultats à la lumière des hypothèses de recherche. Finalement, une conclusion générale sera faite au sujet de cette recherche.

Contexte théorique

Le sujet d'étude, celui de l'influence des caractéristiques maternelles sur la perception maternelle du tempérament de l'enfant, a été précisé en se basant sur les travaux de plusieurs chercheurs du domaine. Ainsi, nous discuterons d'abord des recherches portant sur le tempérament, ce qui est au cœur de notre étude. Ensuite, nous examinerons la question de la dépression maternelle comme caractéristique pouvant influencer la perception maternelle du tempérament de l'enfant. Puis, nous verrons sur quelles bases nous avons considéré que l'âge de la mère pouvait avoir un effet significatif sur la perception maternelle du tempérament de l'enfant. En terminant, nous présenterons les hypothèses de recherche de cette étude.

Le Tempérament

L'étude de l'influence des caractéristiques des mères sur leur enfant ne va pas sans tout d'abord définir ce qu'est le tempérament de l'enfant, ainsi que ses différentes dimensions. Il existe plusieurs définitions du tempérament selon différents chercheurs, mais il demeure tout de même un consensus pour définir globalement le tempérament comme un ensemble de traits de comportement dont l'apparition est précoce et dont les signes de stabilité temporelle sont manifestes (Bates, 1986). Selon Bates (1980), les différentes théories sur le tempérament partagent certaines caractéristiques, dont la

reconnaissance de bases constitutionnelles, de caractéristiques objectivement définissables chez un individu et de l'influence importante de l'environnement.

Plus particulièrement, Tarabulsy, Tessier et Kappas (1998) définissent le tempérament selon les termes de « réactions affectives, comportementales et physiologiques à des stimulations nouvelles, sociales et non sociales » (p. 5). Une autre théorie du tempérament, celle de Thomas et Chess (1977), décrit le tempérament comme étant le « comment » du comportement ou le style des comportements observables. Ces auteurs ont défini neuf dimensions du tempérament, soit le niveau d'activité, l'adaptation au changement de routine, l'approche ou le retrait face à une nouvelle situation, la concentration, l'intensité de l'expression d'affect, la qualité de l'humeur, la régularité des fonctions biologiques, la persévérance ou la durée de l'attention et le seuil de stimulation sensoriel.

De nombreuses théories du tempérament en définissent différentes dimensions (voir Vaughn & Bost, 1999). Pour être en mesure d'avoir une compréhension globale de ces dimensions, il est préférable de simplifier la subdivision du tempérament en deux types de dimensions, soit les dimensions que nous pouvons qualifier de positives et celles que nous pouvons qualifier de négatives. Ces types de dimensions de tempérament ont une influence importante sur le mode d'interaction de l'enfant avec son environnement (van den Boom, 1994). En effet, les dimensions positives sont celles qui ont tendance à avoir des conséquences positives pour l'enfant, en lui permettant d'aller plus facilement vers

son environnement. Au contraire, les dimensions négatives du tempérament sont liées à des conséquences négatives sur le développement de l'enfant puisqu'elles le poussent à se retirer de son milieu. Puisque les dimensions négatives peuvent être sources de difficultés pour l'enfant, les chercheurs ont perçu l'importance de comprendre ce phénomène et c'est pourquoi il est considérablement étudié (Campbell, 1998). Il n'en sera d'ailleurs pas autrement dans la présente recherche dont l'intérêt premier est l'aspect des dimensions négatives du tempérament de l'enfant.

Le Tempérament Difficile

Le concept qui retient le plus l'attention dans les dimensions du tempérament considérées comme négatives est celui du tempérament difficile (Bates, 1980). Les chercheurs Thomas et Chess ont été les premiers à aborder le sujet du tempérament difficile. Leurs travaux ont porté sur le tempérament du nouveau-né et le développement de troubles de comportements chez le jeune enfant (Thomas & Chess, 1977). Ces chercheurs ont déterminé deux types de tempérament, soit le tempérament facile et le tempérament difficile. Le tempérament difficile regroupe cinq de leurs neuf dimensions du tempérament, soit la qualité de l'humeur, l'intensité de la réponse affective, l'approche, l'adaptabilité et la régularité des fonctions biologiques. Ainsi, Thomas et Chess dressent le portrait de l'enfant difficile en ce qu'il est caractérisé par une humeur négative, des réactions de forte intensité (van den Boom, 1989), une certaine irritabilité, une aversion initiale, une adaptation lente aux changements de routine et une irrégularité dans ses fonctions biologiques (Campbell, 1998). Le pattern émotionnel caractéristique

de l'enfant au tempérament difficile pose des défis importants pour ses parents et pour ceux qui en prennent soin (Bates, 1986). De plus, un enfant au tempérament difficile aurait plus de probabilités de développer des troubles de comportements en grandissant (Campbell, 1998).

Bates, Freeland et Lounsbury (1979) ont élaboré une autre définition du tempérament difficile. Leurs conclusions ont démontré que, chez les enfants de quatre à six mois, les dimensions principales du tempérament de type difficile étaient le chignage, la difficulté à être apaisé et la forte intensité des protestations. Ces dimensions correspondent aux dimensions d'humeur et d'intensité de réponse affective de Thomas et Chess (1977), ainsi qu'aux facteurs d'émotivité négative de Buss et Plomin (1975) et de Rowe et Plomin (1977). Bates a regroupé ces dimensions de l'enfant difficile principalement sous le facteur de « fussy-difficult » dans le questionnaire qu'il a élaboré pour évaluer le tempérament difficile : le « Infant Characteristics Questionnaire » (ICQ). D'autre part, sa définition du tempérament difficile repose principalement sur la perception parentale de difficultés chez l'enfant (Bates, 1986). Il considère que les parents qui évaluent leur enfant comme étant difficile se basent généralement sur les expressions fréquentes et intenses d'émotions négatives qu'ils observent chez leur enfant. Selon lui, cette perception comprend des aspects subjectifs et objectifs.

Malgré les différentes façons dont les chercheurs définissent le concept de tempérament difficile, il y a consensus sur les dimensions centrales d'humeur ou

d'émotivité négative et de difficulté d'adaptation chez ce type d'enfant (Mednick, Hocevar, Schulsinger, & Baker, 1996). D'autres auteurs s'accordent aussi pour dire qu'un des indicateurs du tempérament difficile est la régulation des émotions négatives durant l'enfance (Campbell, 1998; Owens, Shaw, & Vondra, 1998). Entre autres, van den Boom (1994), ayant beaucoup étudié les effets de l'irritabilité sur l'interaction mère-enfant, propose de définir le tempérament difficile principalement comme une émotivité négative et de le mesurer par l'irritabilité et l'importance des comportements de chignage et de pleurs.

L'irritabilité

Tel que nous venons de le constater, plusieurs auteurs reconnaissent l'irritabilité, ou l'émotivité négative, comme une dimension spécifique du tempérament difficile (van den Boom, 1989; Vaughn & Bost, 1999). Dans la présente étude, nous avons donc choisi de nous concentrer sur cette composante particulière du tempérament difficile.

Tel que mentionné précédemment, Bates considère que l'irritabilité contribue de façon importante à la perception d'un tempérament difficile (Bates, 1989). Il précise qu'un haut niveau d'irritabilité s'associe à la perception de l'enfant comme socialement exigeant et incapable ou, du moins, non-disposé à se divertir lui-même. De plus, Bates associe l'irritabilité, en tant que composante du tempérament difficile, à une tendance anxieuse (Bates, 1986).

La théorie de Rothbart et Derryberry (1981) sur le tempérament inclut, elle aussi, l'irritabilité dans leur concept de la réactivité de l'enfant. Selon ces auteurs, la réactivité s'exprime par l'excitabilité, la réaction ou la stimulation des systèmes comportementaux et physiologiques de l'organisme. L'irritabilité se mesure par la durée ou l'intensité de stimulation qui peut être tolérée avant l'atteinte d'un seuil de détresse. Les enfants se distinguent par rapport au niveau de stimulation nécessaire pour l'atteinte du seuil de détresse et par rapport à l'importance de la détresse qu'ils peuvent tolérer. Dans la même ligne de pensée, Tarabulsy et ses collaborateurs (1998) définissent l'irritabilité comme une intense réactivité face à de nouveaux stimuli ou une prédisposition à la détresse.

Par ailleurs, la théorie de Goldsmith et Campos (1982) définit le tempérament par les différences individuelles dans la capacité d'expérimenter et d'exprimer les émotions primaires, ainsi que la capacité à être stimulé. Selon ces derniers, la colère et la peur sont les émotions primaires qui reflètent l'irritabilité.

Buss et Plomin (1984) considèrent l'émotivité négative comme un des trois traits de leur théorie du tempérament. Ces auteurs croient que la détresse, qui est la tendance à être facilement et intensément dérangé, est une émotion centrale du tempérament. Selon eux, la détresse est l'émotion négative la plus primitive et elle évolue pour se transformer en peur et en colère durant l'enfance.

Par ailleurs, Kagan, Reznick et Snidman (1989) ont élaboré leur théorie du tempérament autour du concept d'inhibition comportementale. Ces auteurs entendent, par

inhibition comportementale, la réaction comportementale initiale envers des personnes, des objets, des contextes étrangers ou des situations exigeantes. L'inhibition comportementale se révèle dès la transition de la petite enfance à l'enfance. Or, déjà, dans les premiers mois de vie, les bases biologiques pour l'inhibition comportementale sont identifiables chez l'enfant par l'irritabilité intense, l'extrême détresse face à la frustration, le sommeil irrégulier, la constipation chronique et d'autres symptômes reflétant la stimulation aiguë du système nerveux central. Ces auteurs distinguent quatre types d'enfants : les enfants à réaction intense, les enfants à réaction lente, les enfants en détresse et les enfants stimulés (Kagan, Snidman, Zentner, & Peterson, 1999). Ce sont les enfants à réaction intense qui pourraient s'associer à l'appellation d'enfants irritables puisqu'ils démontrent une combinaison d'activité motrice fréquente et vigoureuse, ainsi que de l'agitation fréquente et de fréquents pleurs.

Van den Boom (1994) a étudié le concept d'irritabilité chez le jeune enfant en s'attardant plus particulièrement à l'effet de l'irritabilité de l'enfant sur la relation mère-enfant. Selon cette chercheuse, l'irritabilité est due à un faible seuil d'expression d'affects négatifs. Les conclusions des recherches de van den Boom démontrent que les enfants irritables présentent de hauts niveaux de pleurs et de chignage en comparaison à des enfants non-irritables. De plus, van den Boom constate que les enfants irritables ont moins de comportements sociaux positifs et s'intéressent davantage à leur entourage que les enfants non-irritables, quoique passivement.

Pour étudier adéquatement l'irritabilité chez l'enfant, il est important de s'intéresser à la qualité de la mesure de cette dimension. La mesure du tempérament chez l'enfant est controversée dans les recherches. En effet, la plupart des études utilisent des questionnaires complétés par les mères, souvent comme unique source de données (Richters, 1992). Les mères sont la source d'information de choix puisqu'elles sont plus facilement accessibles, étant fréquemment la personne principale qui prend soin de l'enfant. Elles sont aussi plus aptes à évaluer le comportement de leur enfant, à travers un bon nombre de situations, que d'autres informateurs pourraient le faire. Toutefois, comme Bates (1986) le souligne, l'évaluation du comportement par les parents implique un aspect objectif et subjectif. C'est la composante subjective qui pose un problème pour la recherche puisque la perception parentale peut ainsi être influencée par des caractéristiques personnelles. Certaines de ces caractéristiques ont plus particulièrement attiré l'attention des chercheurs car elles représentent des sources évidentes de distorsion de la perception maternelle. Les caractéristiques personnelles de la mère qui retiendront notre attention dans la présente étude sont la dépression maternelle et le jeune âge de la mère.

La Dépression Maternelle

La dépression est un trouble épisodique se manifestant selon un pattern de difficultés de persistance diverse (Downey & Coyne, 1990). C'est un trouble de régulation et de contrôle d'affects qui modifient le comportement, les cognitions et/ou les

émotions (Cummings & Davies, 1994). Le DSM-IV reconnaît une variété de symptômes s'associant à la dépression, dont l'humeur négative, la perte d'énergie et de plaisir, les troubles de l'appétit avec perte ou gain de poids, les troubles du sommeil, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, les sentiments de dévalorisation ou de culpabilité, la diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou l'indécision, ainsi que les pensées morbides et suicidaires (American Psychological Association, 1996).

Downey et Coyne (1990) ont fait une revue de la documentation au sujet de l'adaptation psychologique et comportementale des enfants de parents dépressifs. Selon leur recension, les mères dépressives ont une perception moins positive de leur rôle de mère que les mères non-dépressives. De plus, elles sont pessimistes face aux demandes de ce rôle et, de ce fait, se considèrent moins compétentes et adéquates que les mères qui ne sont pas dépressives (voir aussi Fox & Gelfand, 1994).

En comparaison aux mères non-dépressives, les mères dépressives sont moins chaleureuses et consistantes avec leur enfant, vu les sentiments d'impuissance et d'hostilité reliés à leur trouble. De plus, dans leurs interactions avec leur jeune enfant, elles peuvent être rejetantes ou hostiles, moins engagées, moins spontanées, moins vocales, moins positives, plus distantes (Downey & Coyne, 1990; Fox & Gelfand, 1994), ainsi que moins soutenantes pour leur enfant (Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997). Selon Zeanah, Boris et Larrieu (1997), qui ont fait une revue des risques développementaux chez l'enfant, les comportements d'interaction des mères dépressives

sont problématiques puisqu'elles stimulent moins fréquemment leur enfant, sont moins positives dans leur façon de stimuler et expriment beaucoup d'affects négatifs. Zeanah et ses collaborateurs reconnaissent trois patterns d'interaction adoptés par les mères dépressives avec leur enfant, soit le style retiré-nondisponible où la mère est désengagée, le style hostile-intrusif où elle est intrusive à l'égard de son enfant (Cummings & Davies, 1994; Jameson et al, 1997; Teti, Gelfand, Messinger & Isabelle, 1995) et le style où elle est généralement positive.

D'autre part, les mères dépressives auraient tendance à opter pour des stratégies de résolution de conflits exigeant moins d'efforts cognitifs, comme le contrôle, le retrait ou l'évitement du conflit (Downey & Coyne, 1990; Teti et al., 1995) et la coercition plutôt que la négociation (Jameson et al., 1997). Elles sont aussi plus critiques envers leur enfant, par leurs réprimandes et leur harcèlement, et plus promptes à l'abuser physiquement (Cummings & Davies, 1994).

Plusieurs études soulèvent aussi le fait que la dépression rend les mères moins sensibles que les mères qui ne seraient pas atteintes de dépression (Cummings & Davies, 1994; Jameson et al., 1997; Seifer & Dickstein, 2000; Zeanah et al, 1997). Plus spécifiquement, l'étude de Teti et de ses collaborateurs (1995) sur la relation d'attachement entre la mère dépressive et son enfant révèle que les mères dépressives sont plus désorganisées et moins actives que les mères non-dépressives.

D'après le portrait de la mère dépressive que nous venons de dresser, nous pouvons penser que la dépression maternelle a des effets sur l'enfant. Les recherches au sujet des conséquences de la dépression maternelle chez l'enfant sont nombreuses (e.g. Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; voir Seifer et al., 1996). De ce fait, nous aborderons quelques résultats d'études démontrant l'association de la dépression maternelle à des conséquences sur le développement de l'enfant. Les études abondent plus particulièrement dans le domaine des conséquences négatives sur le développement de l'enfant.

Les résultats démontrent des conséquences négatives chez les enfants de mères dépressives au niveau du fonctionnement psychologique. En effet, les résultats indiquent que les enfants reflètent les comportements dépressifs de leur mère en présentant plus d'états négatifs et moins d'états positifs dans leur interaction avec leur mère (Zeanah et al., 1997). Cummings et Davies (1994) soulignent, pour leur part, que l'état affectif du parent affecte l'état émotionnel de l'enfant en produisant de l'agressivité, de la détresse, ainsi qu'en augmentant le niveau d'activité et de stimulation physiologique, le retrait social et la présence d'autres signes de difficultés de régulation affective chez l'enfant. Une autre revue de la documentation, celle de Cohn et Campbell (1992), s'est penchée sur la question de l'effet de la dépression maternelle sur la régulation d'affect chez l'enfant. Ces auteurs ont souligné l'importance du lien entre la dépression maternelle et les difficultés dans le développement socio-affectif de l'enfant, démontré par la fréquence élevée de problèmes de régulation des affects et des troubles de l'humeur chez les enfants

de mères dépressives. De plus, selon plusieurs recherches, la dépression maternelle contribuerait au développement d'une relation d'attachement insécurisé avec la mère (Cohn & Campbell, 1992; Cummings & Davies, 1994; Jameson et al., 1997; Teti et al., 1995).

Mis à part les diagnostics fréquents de troubles de l'humeur, les enfants de mères dépressives sont souvent identifiés comme présentant des problèmes intériorisés et extériorisés (Chilcoat & Bresleau, 1997; Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990), ainsi que des troubles de comportements et d'hostilité à l'école (Alpern & Lyons-Ruth, 1993).

Enfin, les problèmes des enfants de mères dépressives apparaissent précocement, ce sont parfois même des enfants difficiles dès la naissance (Downey & Coyne, 1990; Mednick et al., 1996), ce qui pourrait aussi contribuer à la dépression maternelle (Sheeber & Johnson, 1992). Les résultats indiquent que le très jeune enfant est plus souvent irritable et de tempérament difficile lorsque sa mère est dépressive que lorsqu'elle ne l'est pas (Downey & Coyne, 1990; Cummings & Davies, 1994; Fox & Gelfand, 1994; Gross, Conrad, Fogg, & Wothke, 1994).

La Distorsion Perceptuelle Associée à la Dépression Maternelle

Les résultats présentés jusqu'ici sur les conséquences négatives de la dépression maternelle sur l'enfant comportent fréquemment un défaut méthodologique. En effet, la grande majorité des études qui associent la dépression maternelle à des conséquences

negatives chez l'enfant se basent sur le témoignage des mères pour décrire le comportement ou le tempérament de leur enfant (Mednick et al, 1996). D'autre part, les mères sont fréquemment l'unique source de données pour évaluer les conséquences de la dépression maternelle sur l'enfance.

Pourtant, le trouble dont les mères souffrent affecte leurs comportements, leurs cognitions et leurs émotions (Cummings & Davies, 1994). Selon le modèle de Beck sur la dépression (1976), les patterns cognitifs de ce trouble se caractérisent par des cognitions sociales négatives, des processus d'évaluations altérés, une faible estime de soi, un sentiment réduit de contrôle et des attentes irréalistes. La dépression agirait comme un filtre perceptuel par lequel la personne voit le monde, ce qui ferait en sorte qu'elle peut se remémorer sélectivement des échecs et des événements d'un point de vue négatif (Gross et al., 1994). Ainsi, l'individu déprimé se concentrerait sur les détails négatifs et aurait tendance à ignorer les comportements positifs, créant ainsi une impression négative de soi et des autres (Field, Morrow, & Adlestein, 1993). Selon cette ligne de pensée, la perception de la mère dépressive serait teintée négativement face à ce qui l'entoure, dont les comportements, et plus particulièrement le tempérament, de son enfant (Gross et al., 1994; Sheeber & Johnson, 1992; Whiffen, 1989). De ce fait, cette distorsion perceptuelle amènerait la mère à surévaluer les troubles de comportements ou les difficultés de tempérament de son enfant. Cette explication de l'effet de la dépression maternelle sur l'enfant est désignée comme l'hypothèse de la distorsion.

L'Hypothèse de la distorsion. Plusieurs recherches ont tenté de démontrer cette hypothèse où les mères dépressives évalueraient plus négativement les comportements de leur enfant (Cummings et Davies, 1994). Par exemple, Whiffen (1989) a étudié l'effet de la dépression sur la perception maternelle de l'enfant d'âge préscolaire. Elle a comparé l'évaluation de la mère au sujet du tempérament difficile et indépendant de son enfant par rapport à celle du père. Les résultats de cette étude démontrent que la dépression maternelle s'associe à une évaluation maternelle plus négative du tempérament du jeune enfant de deux mois et de l'enfant de deux ans. En effet, les mères dépressives avaient plus tendance que les mères non-dépressives à évaluer leur enfant de deux ans comme ayant un tempérament difficile, inadaptable, dépendant et sérieux. De plus, les mères dépressives rapportaient des niveaux de tempérament difficile légèrement supérieur à celui rapporté par les pères.

Dans leur étude sur la stabilité du tempérament mesuré par l'enfant et la mère, Mufson, Fendrich et Warner (1990) sont arrivés à des résultats similaires. En effet, ils ont démontré que la dépression maternelle influence la perception maternelle du tempérament de l'enfant et plus spécifiquement, la perception du niveau d'irritabilité de l'enfant. Les mères dépressives voient leur enfant comme plus irritable que l'enfant ne se perçoit lui-même. De plus, le niveau d'irritabilité qu'elles décèlent chez leur enfant augmente avec le temps. Cette augmentation perçue de l'irritabilité de l'enfant pourrait refléter l'augmentation réelle de l'irritabilité d'un enfant vivant avec une mère dépressive. L'augmentation d'irritabilité perçue pourrait aussi être le résultat de la projection de

l'irritabilité de la mère sur son enfant ou pourrait refléter son niveau de tolérance qui s'amenuise en fonction de la dépression. Par contre, les résultats de cette recherche ne permettent pas de trancher sur la validité de ces différentes explications.

Par ailleurs, Gross et ses collaborateurs (1994) ont élaboré un modèle à plusieurs facteurs d'interactions mutuelles, soit ceux de la dépression maternelle, du tempérament difficile de l'enfant âgé de 12 à 36 mois et du sentiment d'efficacité de la mère. Leurs résultats soutiennent un modèle selon lequel plus la mère se sent déprimée, plus elle évalue son enfant comme ayant un tempérament difficile, plus son sentiment d'efficacité comme parent diminue et, conséquemment, plus sa dépression augmente.

Les résultats des études notés jusqu'ici sont principalement basés sur des comparaisons entre mères dépressives et non-dépressives, sans véritable comparaison avec un critère d'évaluation objectif et indépendant (Richters, 1992). C'est ce reproche que fait Richters aux études voulant démontrer l'hypothèse de la distorsion, ce qui l'a poussé à élaborer différentes exigences expérimentales. Tout d'abord, selon lui, une simple comparaison de mères dépressives et non-dépressives ne démontre pas adéquatement la distorsion puisque les mères dépressives pourraient être, au contraire, plus exactes dans l'évaluation de leur enfant. Alors, les enfants de mères dépressives pourraient effectivement démontrer plus de difficultés que ceux de mères non-dépressives. Ainsi, Richters soutient qu'il doit y avoir un critère standard d'évaluation objectif et indépendant pour mesurer le comportement de l'enfant. De cette façon,

l'évaluation des mères dépressives doit être comparée à ces données objectives puisqu'elle est sujette à une certaine subjectivité. D'autres part, il doit y avoir une certitude que c'est le même comportement qui est mesuré et ce, dans le même contexte. Enfin, pour qu'il y ait effectivement preuve de distorsion, l'importance de la dépression maternelle doit être corrélée au niveau de distorsion perceptuelle démontrée par la mère. Alors, plus la mère est dépressive, plus la distorsion perceptuelle devrait être importante. Dans sa revue de la documentation, Richters conclut qu'aucune des études recensées ne répond à tous ces critères et c'est pourquoi il rejette l'hypothèse de la distorsion.

Depuis les critères émis par Richters, plusieurs chercheurs se sont intéressés à la démonstration de l'hypothèse de la distorsion. Parmi eux, Fergusson, Lynskey et Horwood (1993) ont voulu tenir compte des lacunes des recherches antérieures en utilisant l'évaluation des professeurs et celle des enfants pour les comparer à l'évaluation des mères. Selon leurs résultats, les mères dépressives présentent une distorsion perceptuelle négative puisque la dépression maternelle est associée à des erreurs d'évaluation par les mères (c'est-à-dire la mère n'est pas aussi exacte dans l'observation de son enfant que ne l'est un observateur). Effectivement, leurs résultats démontrent que les mères dépressives surévaluent les difficultés de comportement de leur enfant de 12-13 ans, en rapportant plus de difficultés intériorisées et extériorisées que ne le font les professeurs et l'enfant lui-même. Aussi, plus la dépression est importante, plus les erreurs d'évaluation des mères sont importantes. Toutefois, le reproche souvent fait à cette étude est que le professeur voit l'enfant à l'école et la mère le voit dans plusieurs types de

situations différentes, ce qui fait qu'ils ne mesurent pas nécessairement le même comportement chez l'enfant (Boyles & Pickles, 1997b; Najman et al., 2000; Youngstrom, Izard, & Ackerman, 1999). Ainsi, il est probable que l'enfant puisse manifester plus de problèmes de comportement à la maison qu'à l'école, ce qui ne justifierait pas l'hypothèse de la distorsion, mais ne réussirait tout de même pas à éliminer la possibilité d'une distorsion perceptuelle chez la mère dépressive.

Field et ses collaborateurs (1993) ont tenté de remédier à cette difficulté d'évaluation de comportements différents due à des contextes différents. Leur solution était de faire codifier un même comportement du jeune enfant (âgé d'environ 3-4 mois) par la mère et par un observateur indépendant, dans un même contexte. Leurs résultats vont dans le sens de l'hypothèse de la distorsion puisque les mères dépressives évaluaient le comportement de leur enfant plus négativement que ne le faisait un observateur. Toutefois, Field et ses collaborateurs suggèrent des explications alternatives à leurs résultats, comme l'influence de la situation de laboratoire sur le comportement de l'enfant et la perception négative de la mère due à des souvenirs négatifs de l'enfant à la maison. Par ailleurs, il faut noter ici que les enfants de mères dépressives manifestaient effectivement plus de comportements négatifs que ceux de mères non-dépressives.

L'étude longitudinale de Boyle et Pickles, (1997a) indiquerait qu'il y a effectivement une distorsion perceptuelle dans l'évaluation des mères déprimées. Dans leur étude, l'évaluation des mères dépressives au sujet des troubles émotionnels de leur

enfant était systématiquement plus élevée que celle des mères non-dépressives, celle des professeurs et celles des enfants eux-mêmes. Toutefois, cette distorsion perceptuelle se limitait à l'évaluation maternelle des garçons adolescents, où la dépression maternelle était corrélée à des erreurs d'évaluation par les mères en comparaison avec les évaluations des professeurs et des enfants. Par ailleurs, pour les filles, la dépression maternelle serait associée à la présence de réels troubles émotionnels. Une autre étude de Boyle et Pickles (1997b) basée sur le même modèle apporte des preuves plus limitées pour la distorsion perceptuelle dû à la dépression. Il y aurait des erreurs d'évaluation chez les mères dépressives pour ce qui est du trouble des conduites et d'hyperactivité. Toutefois, la dépression maternelle serait associée au trouble des conduites et à l'hyperactivité chez l'enfant indépendamment des erreurs d'évaluation de la mère. Ainsi, les preuves de ces études ne sont pas déterminantes pour la démonstration d'une réelle distorsion perceptuelle causée par la dépression.

Youngstrom et ses collaborateurs (1999) ont basé leur étude sur la théorie des émotions pour répondre à une autre critique de Richters (1992) selon laquelle les études voulant démontrer la distorsion manquaient de bases théoriques. La théorie des émotions soutient que les émotions influencent la perception, le processus décisionnel et les cognitions. Les états émotionnels influencent à leur tour l'évaluation de stimuli, changeant, de cette façon, l'importance perçue et la valence des événements. De cette façon, puisque les individus déprimés expérimentent moins souvent des émotions positives et plus fréquemment des émotions négatives, ils seront moins portés à percevoir

des qualités et des comportements positifs chez les autres. Ainsi, ils auront plus tendance à percevoir les actions de leur enfant comme irritantes, menaçantes ou autrement dérangeantes. Les auteurs décrivent la distorsion perceptuelle causée par la dépression comme une tendance du parent dépressif à évaluer des niveaux plus élevés de comportements négatifs ou des niveaux plus faibles de comportements positifs chez son enfant que ne le ferait un observateur indépendant dans une même situation. Leurs résultats supportent l'hypothèse de la distorsion perceptuelle due à la dépression, en démontrant que les troubles dysthymiques d'une mère influencent négativement l'évaluation de son enfant en comparaison à celle d'un observateur. Les mères manifestant un trouble dysthymique plus élevé évaluaient, en moyenne, plus de comportements et d'émotions négatives chez leur enfant que ne le faisaient les observateurs. Pour ce qui est des émotions positives, l'évaluation des mères ayant d'importants troubles dysthymiques était similaire à celle des évaluateurs. D'autre part, l'évaluation faite par une mère plus dysthymique d'un enfant de comparaison (qui n'était pas le sien) était aussi influencée négativement.

L'Hypothèse de l'exactitude. Ainsi, selon ces nombreuses études, les mères dépressives interprètent à l'excès ou perçoivent de façon subjective les comportements de leur enfant comme étant problématiques (Seifer & Dickstein, 2000). Toutefois, les démonstrations de l'hypothèse de la distorsion perceptuelle causée par la dépression sont contestées, vu les preuves partielles et souvent plutôt conflictuelles. Richters (1992) critique les études qui soutiennent l'hypothèse de la distorsion dans la perception

maternelle du comportement de leur enfant pour leurs défauts méthodologiques. Au contraire de l'hypothèse de la distorsion, il adhère à l'hypothèse de l'exactitude qui soutient qu'une personne déprimée est plus exacte dans ses perceptions du monde qu'une personne qui n'est pas déprimée. Les personnes non-déprimées manqueraient fréquemment d'objectivité dans leur jugement du monde et des événements, en étant plus positives que ne l'indique la réalité. Ainsi, les mères dépressives verraient leur enfant de façon plus réaliste que les mères non-dépressives et, de ce fait, leur enfant aurait effectivement plus de difficultés que les enfants de mères non-dépressives. Toutefois, les études qui soutiennent cette hypothèse sont peu nombreuses et présentent aussi des résultats contradictoires (voir Najman et al., 2000; Richters, 1992).

Richters et Pelligrini (1989) ont comparé l'évaluation de mères à celles de professeurs et ils sont arrivés à une différence significative entre l'évaluation de mères dépressives et non-dépressives. Cependant, l'évaluation plus négative des mères dépressives était appuyée par l'évaluation des professeurs, justifiant l'évaluation de celles-ci. Ces chercheurs interprètent ces résultats comme démontrant que les mères dépressives évaluent effectivement plus de troubles de comportements chez leur enfant que les mères non-dépressives, mais que ces évaluations plus négatives sont justifiées.

Conrad et Hammen (1989) arrivent à des résultats similaires et constatent que les mères dépressives n'évaluent pas plus sévèrement le comportement de leur enfant. Au contraire, elles sont plus exactes dans leur évaluation puisque leur enfant a effectivement

plus de difficultés d'ajustement psychologique. Cette étude a comparé l'évaluation maternelle à celle d'un professeur et à une évaluation diagnostique de l'enfant par les chercheurs. Les résultats iraient dans le sens d'un « réalisme dépressif » puisque les personnes non-dépressives ont une vision plus positive de la réalité et que les personnes déprimées ne sont pas sous l'influence de ces perceptions positives qui sont irréalistes, rendant ainsi leur vision plus objective.

L'étude de Bendell et de ses collaborateurs (1994) est quelque peu différente des précédentes. En effet, ces chercheurs se sont intéressés non pas à l'évaluation maternelle du tempérament ou du comportement de l'enfant, mais plutôt à la perception maternelle de la vulnérabilité de l'enfant lorsque la mère est déprimée. Leurs résultats indiquent que les mères dépressives évaluaient leur enfant selon un niveau de vulnérabilité plus important que les mères non-dépressives. Cependant, cette évaluation maternelle plus négative était confirmée une fois comparée à celle d'un observateur indépendant. Ainsi, les résultats de cette recherche appuient aussi l'hypothèse de l'exactitude de l'évaluation des mères dépressives.

L'Hypothèse nulle. Une troisième hypothèse qui vient s'ajouter aux hypothèses de la distorsion et de l'exactitude est celle de l'hypothèse nulle qui soutient que la dépression maternelle n'a aucun effet en soi sur la perception maternelle du comportement de son enfant. Ce serait plutôt des facteurs non-observés associés à la dépression maternelle et à la façon d'évaluer des mères qui influenceraient davantage la perception maternelle de

son enfant, tels les problèmes maritaux ou familiaux et les traits de personnalité (Fergusson et al., 1993).

Par exemple, l'étude de Seifer et de ses collaborateurs (1996) démontre que c'est davantage le contexte de risques lié à la psychopathologie parentale qui explique les effets négatifs chez l'enfant et, plus particulièrement, la transmission de la maladie mentale. Aussi, les résultats de l'étude de Goodman, Adamson, Riniti et Cole (1994) indiquent que les mères dépressives n'ont pas une plus forte tendance à décrire leur enfant de façon négative que les mères non-dépressives. Leur modèle suppose plutôt que les attitudes critiques de la mère envers son enfant agit comme un modérateur des effets de la dépression maternelle sur le fonctionnement non-optimal de l'enfant. Leurs résultats appuient un lien entre l'histoire de dépression maternelle et l'expression plus importante d'attitudes critiques envers leur enfant. Effectivement, les mères déprimées font plus de commentaires émotifs de forme négative que les mères non-dépressives. De cette façon, les effets négatifs de la dépression maternelle dépendraient du type d'attitudes critiques que celles-ci expriment envers leur enfant. Alors, la dépression maternelle n'aurait pas une influence directe sur la façon dont les mères évaluent le comportement de leur enfant, mais l'effet de la dépression maternelle sur l'enfant dépendrait de l'importance des critiques maternelles.

Aussi, Mednick et ses collaborateurs (1996) constatent qu'il y a une association significative entre la perception maternelle du tempérament de l'enfant et les

caractéristiques maternelles, dont l'inadaptation (voir aussi Power, Gershenhorn, & Stafford, 1990) et les facteurs maternels et familiaux, comme l'anxiété. Effectivement, certaines études contestent les résultats sur la distorsion perceptuelle chez les mères dépressives en présentant des résultats où la dépression à elle seule ne crée pas de distorsion perceptuelle significative. Par contre, l'interaction de la dépression et de symptômes d'anxiété causerait une distorsion perceptuelle (Chilcoat & Bresleau, 1997; Najman et al., 2000). L'étude de Briggs-Gowan, Carter et Schwab-Stone (1996) démontre que les symptômes d'anxiété joueraient un rôle majeur dans la distorsion perceptuelle des mères et exclurait même l'influence unique de la dépression sur la perception maternelle.

En conclusion, aucune des trois hypothèses concernant la perception maternelle du tempérament de l'enfant ne ressort clairement comme la plus justifiée et la controverse sur la possibilité d'une distorsion perceptuelle associée à la dépression demeure. Par contre, une étude sur l'influence de la perception maternelle doit poser une hypothèse. Devant l'impossibilité de trancher pour l'une ou l'autre des hypothèses connues, nous pouvons utiliser l'hypothèse la plus populaire et la plus reconnue, soit l'hypothèse de la distorsion. C'est pour cette raison que nous avons privilégié cette hypothèse dans notre étude.

Le Jeune Âge de la Mère

Nous aborderons à présent la seconde caractéristique maternelle qui retiendra notre attention dans cette étude, soit celle du jeune âge de la mère. Le choix de cette

caractéristique maternelle est significatif dans l'évaluation du tempérament de l'enfant puisque c'est aussi un facteur de risque pour le développement de ce dernier (Osofsky, Hann, & Peebles, 1993). Cependant, ce facteur de risque est fréquemment associé à plusieurs autres facteurs de risque qui peuvent aussi mettre en péril le développement de l'enfant (Hubbs-Tait et al., 1996).

Effectivement, au niveau social, les mères adolescentes sont fréquemment isolées socialement, manquent souvent d'éducation, vivent dans la pauvreté et sont dépendantes de l'aide gouvernementale pour subvenir à leurs besoins essentiels (Tarabulsy et al., 2000). Au niveau biologique, elles manifestent souvent des problèmes d'alimentation, de consommation de drogues et d'alcool, sont négligeantes face à leur grossesse et, ainsi, peuvent éprouver des complications médicales et périnatales. Au niveau psychologique, ce sont fréquemment des mères monoparentales ou des femmes qui changent constamment de partenaires, qui manquent de soutien social et qui éprouvent des difficultés familiales (Osofsky et al., 1993; Tarabulsy et al., 2000; Wakschlag & Hans, 2000).

De plus, les mères adolescentes présentent fréquemment des problèmes d'adaptation psychologique, dont la dépression (Cassidy, Zoccolillo, & Hughes, 1996; Leadbeater, Bishop, & Raver, 1996; Pomerleau et al., 1998; Spieker, Larson, Lewis, Keller, & Gilchrist, 1999; Troutman et Cutrona, 1990; Zeanah et al., 1997). En effet, les mères adolescentes sont plus à risque d'être déprimées que les mères plus âgées (Cassidy et al.,

1996; Leadbeater et al., 1996; Osofsky et al., 1993; Troutman & Cutrona, 1990). L'arrivée d'un enfant est stressant en soi, mais associée aux faits qu'une adolescente est déjà plus à risque de présenter des symptômes dépressifs qu'une adulte et qu'elle n'est souvent pas prête physiquement et psychologiquement à devenir mère augmentent davantage les risques de dépression. D'autres part, les symptômes d'anxiété et de dépression se retrouvent souvent associés chez les mères adolescentes (Pomerleau et al., 1998; Spieker, et al., 1999).

En outre, les mères adolescentes manquent de préparation pour devenir mère et manquent d'habiletés pour promouvoir un environnement socio-émotif positif pour leur enfant (Osofsky et al., 1993). Chez la mère adolescente, plusieurs facteurs développementaux interfèrent avec ses capacités parentales, comme le fait qu'elle soit encore au stade de la recherche de son identité et qu'elle puisse vivre péniblement ses propres crises développementales (Osofsky et al., 1993; Sommer et al., 1993).

Par ailleurs, les mères adolescentes ont certaines particularités dans leur mode d'interaction avec leur enfant. En comparaison aux mères adultes, elles interagissent et stimulent moins verbalement leur enfant, elles ont tendance à donner plus d'ordres, de réponses moins élaborées, moins descriptives et moins articulées, ainsi qu'à faire des énoncés de type autoritaire. De plus, elles sourient moins et ont moins de contacts visuels et physiques avec leur enfant (Zeanah et al., 1997). Elles sont aussi moins sensibles et plus négatives avec leur enfant au niveau émotif. Leurs mesures disciplinaires sont plus

restrictives et punitives (Wakschlag & Hans, 2000). De plus, elles sont davantage intrusives et vivent plus fréquemment des conflits mère-enfant (Osofsky et al., 1993). Enfin, en comparaison à des mères plus âgées, elles sont moins engagées, satisfaisantes et habilitées en tant que mères.

Conséquemment, le jeune âge des mères risque d'avoir des effets négatifs sur le développement de l'enfant. Sur le plan comportemental, les enfants de mères adolescentes présentent plus fréquemment des problématiques de trouble des conduites (Tarabulsy et al., 2000) et de trouble de comportements. Ils démontrent aussi plus de comportements délinquants, d'hyperactivité et de manque de contrôle (Wakschlag & Hans, 2000). Socialement, ils manifestent des problèmes dans leurs relations sociales (Tarabulsy et al., 2000; Zeanah et al., 1997). Au plan psychologique, ils ont plus de troubles intériorisés et de risques de développer des problèmes de régulation d'affects, dont plus d'affects plats et de comportements agressifs. Enfin, les enfants des mères adolescentes sont fréquemment plus difficiles, donc, plus irritables (Cassidy et al., 1996; Osofsky et al., 1993; Pomerleau et al., 1998; Wakschlag & Hans, 2000; Zeanah et al., 1997).

La Subjectivité des Mères Adolescentes

Comme pour les résultats des recherches sur les conséquences de la dépression maternelle, les résultats appuyant le fait que les enfants de mères adolescentes sont plus difficiles peuvent être remis en question. En effet, la majorité de ces études se basent,

elles aussi, sur l'évaluation maternelle du tempérament de l'enfant qui peut être influencée par la subjectivité des mères. De cette façon, le jeune âge de la mère peut affecter la perception maternelle du tempérament de son enfant comme nous le verrons à présent.

Plusieurs aspects de l'expérience parentale d'une adolescente peuvent affecter l'exactitude de la perception maternelle de son enfant. Ainsi, les mères adolescentes ont des attentes irréalistes et de fausses croyances face aux accomplissements de leur enfant puisqu'elles manquent de connaissances ou ont des attitudes inadéquates face au développement et au comportement de l'enfant (Dukewich et al., 1996; Pomerleau et al., 1998). Effectivement, les résultats de plusieurs recherches démontrent que la connaissance des mères adolescentes au sujet du développement des enfants et des pratiques parentales appropriées est plus limitée que celle des mères adultes puisqu'elles sont encore jeunes pour devenir mère et manquent d'expérience (Sommer et al., 1993). De plus, certaines mères adolescentes ne profitent pas autant de leurs expériences personnelles étant donné leur niveau éducatif inférieur, leurs habilités intellectuelles réduites, leur manque de soutien social et leur immaturité socio-émotionnelle.

Selon les études sur lesquelles Miller, Miceli, Whitman et Borkowski (1996) se sont basés pour construire leur étude, les mères adolescentes auraient une prédisposition à voir leur enfant et leur rôle de parent de façon négative. Cette perception négative de son enfant et du rôle parental influencerait à son tour le sentiment d'inadéquation de la mère,

ainsi que ses sentiments d'impuissance. Ceci a invariablement des conséquences sur la façon d'être parent en diminuant la sensibilité et en augmentant le niveau d'interférence auprès de l'enfant, ce qui peut, en retour, avoir comme effet d'augmenter l'irritabilité chez l'enfant.

Pomerleau et ses collaborateurs (1998) se sont intéressés aux caractéristiques psychosociales de la mère et aux caractéristiques néonatales de l'enfant dans l'évaluation du tempérament de ce dernier. Leurs résultats suggèrent la présence d'un aspect objectif et d'un aspect subjectif dans l'évaluation maternelle. Dans leur échantillon de mères adolescentes, une grande proportion des enfants étaient qualifiés de difficiles par leur mère. De plus, ce groupe de mères adolescentes démontrait moins de connaissances au niveau du développement de l'enfant et des habiletés ou stratégies parentales qu'un groupe contrôle d'étudiantes universitaires et de mères adultes. Alors, les mères adolescentes auraient moins de connaissances dans ces domaines et auraient tendance à qualifier leur enfant de plus difficile. Par ailleurs, les mères qui donnaient plus de bonnes réponses au test sur les connaissances au sujet du développement de l'enfant avaient des enfants avec une intensité plus élevée de réponses et une plus grande persistance dans l'activité que celles qui donnaient moins de bonnes réponses à ce test. Ainsi, une plus grande connaissance chez la mère au sujet de l'enfance permettait à l'enfant de mieux se développer.

Le manque de connaissances au sujet du développement de l'enfant et des habilités parentales aurait donc des conséquences sur la perception maternelle de l'enfant. Effectivement, les mères adolescentes auraient tendance à sous-estimer le fonctionnement social, cognitif et langagier, ainsi qu'à surestimer l'atteinte d'étapes développementales par leur enfant (Osofsky et al., 1993). Par contre, leurs résultats démontrent que lorsqu'elles reçoivent l'enseignement parental approprié pour comprendre le développement de l'enfant, leurs attentes sont plus exactes et équivalentes à celles des mères adultes.

Zeanah, Keener, Anders et Vieira-Baker (1987) ont étudié la perception des mères adolescentes avant et après la naissance de l'enfant. Ils voulaient comprendre comment les représentations mentales de l'enfant se formaient chez les mères adolescentes, en mesurant leur perception du tempérament de leur enfant. Leurs résultats indiquent que les mères adolescentes développaient des idées par rapport à leur enfant durant la période périnatale. Suite à la naissance, ces idées étaient légèrement modifiées, mais restaient assez similaires à ce qu'elles avaient imaginé avant la naissance. Ainsi, la perception qu'une adolescente a de son enfant est influencée par les préconceptions qu'elle se fait à propos de son enfant avant sa naissance. D'autres part, l'échantillon de mères adolescentes de l'étude rapportait un niveau plus élevé de tempérament difficile par rapport à des échantillons de mères adultes ayant des caractéristiques socio-démographiques similaires.

Un autre aspect qui peut influencer la perception de la mère adolescente est celui de la préparation cognitive à être parent (« cognitive readiness to parent »), qui serait déficitaire chez les mères adolescentes. Le travail de Schellenbach, Whitman et Borkowski (1992) a recensé les études à ce sujet. Cette préparation cognitive à être parent comprendrait trois aspects en particulier, soit les connaissances au sujet du développement de l'enfant, les habilités parentales et les attitudes envers le fait d'être parent. Ce qui ressort de cette revue de la documentation est la confirmation que les mères adolescentes ont un bagage limité au niveau de ces trois aspects.

Sommer et ses collaborateurs (1993) ont aussi étudié la préparation cognitive à être parent chez les mères adolescentes. Les résultats de leur étude appuient les conclusions précédentes reflétant que les mères adolescentes ont moins de connaissances à propos du développement de l'enfant, ont un style parental moins adéquat et des attitudes moins désirables envers leur rôle de parent. En comparant un groupe de mères adultes, de mères adolescentes et d'adolescentes qui n'étaient pas mère, le niveau de préparation cognitive des mères adultes était plus élevé que celui des deux autres groupes, indépendamment du fait que l'adolescente avait ou non un enfant. Alors, le niveau de préparation cognitive à être parent serait associé au stade développemental de l'adolescente plutôt qu'à son statut de mère. Toutefois, les facteurs intellectuels, le niveau socio-économique, la race et l'éducation des mères adolescentes influençaient fortement le niveau de préparation cognitive et ce, mis à part le facteur de l'âge.

Miller et ses collaborateurs (1996) ont aussi étudié la perception maternelle du tempérament de l'enfant. Ils concluent, eux aussi, que les mères adolescentes manqueraient de préparation cognitive pour devenir mère. Par ailleurs, les résultats de Miller et ses collègues démontrent que les cognitions maternelles prénatales sont reliées aux perceptions postnatales. Les mères adolescentes qui étaient moins prêtes à être parent au niveau cognitif avaient moins de perceptions positives de leur enfant et du rôle de parent. Leurs résultats appuient un modèle selon lequel la mère adolescente qui a plus de connaissances au sujet du développement de l'enfant et des attitudes parentales positives a plus de perceptions postnatales positives de son enfant. De cette façon, la préparation cognitive à être parent aurait une influence significative sur la perception maternelle de son enfant.

Selon ces études, les cognitions maternelles affectent le développement de l'enfant. Effectivement, une plus grande préparation cognitive à être parent est associée à de meilleures stratégies d'adaptation (« coping ») chez les mères adolescentes, plus de perceptions positives de l'enfant et plus de sensibilité maternelle (Miller et al., 1996; Wakschlag & Hans, 2000). De plus, une plus grande préparation cognitive à devenir parent est associée à des effets cognitifs plus optimaux chez l'enfant et moins de troubles intériorisés et extériorisés. Cependant, seul l'effet direct entre les cognitions maternelles et les troubles intériorisés a été démontré jusqu'ici.

Ainsi, les mères adolescentes auraient une perception inadéquate du comportement de leur enfant puisqu'elles manquent de connaissances à propos du développement de l'enfant et elles ont des attentes trop importantes, manquent d'habilités parentales et d'engagement à être parent, ce qui est décrit par un manque de préparation cognitive à être parent. Elles peuvent donc percevoir des comportements normaux d'un enfant comme résultant d'un tempérament difficile (Dukewich et al., 1996). En effet, en comparaison aux mères adultes, les mères adolescentes sont reconnues pour percevoir leur enfant comme étant plus difficile que les mères adultes (Osofsky et al., 1993).

La Dépression Maternelle et le Jeune Âge de la Mère

Suite à cette démonstration où plusieurs chercheurs soulignent la distorsion de la perception des mères dépressives et celle des mères adolescentes par rapport au tempérament de leur enfant, il est raisonnable de remettre en question les conclusions présentées précédemment à propos du fait que les enfants de mères dépressives ou adolescentes sont plus difficiles que les enfants de mères non-dépressives ou adultes. De plus, comme nous l'avons mentionné, les mères adolescentes sont plus à risque d'être déprimées, ce qui indique une interaction probable entre ces deux caractéristiques. Puisque la dépression maternelle ainsi que le jeune âge des mères semblent affecter négativement la perception maternelle du tempérament de l'enfant, la combinaison de ces deux caractéristiques maternelles pourraient donc modifier de façon plus importante la perception maternelle du tempérament de leur enfant. C'est donc cette interaction entre la dépression maternelle et le jeune âge des mères que notre étude tentera d'approfondir.

Par ailleurs, certaines études recensées mesuraient le comportement de l'enfant ou le tempérament de l'enfant. Nous nous intéresserons aussi au tempérament de l'enfant mais plus spécifiquement à l'irritabilité, un facteur représentatif du tempérament difficile.

D'autres part, les travaux de Richters (1992) soulignent la pertinence d'examiner la question de l'irritabilité des enfants chez les mères dépressives et les mères adolescentes en comparant l'évaluation de l'irritabilité de l'enfant par les mères à celle d'observateurs indépendants. C'est pourquoi nous utiliserons l'évaluation d'observateurs indépendants dans notre recherche pour tenter de démontrer l'hypothèse de la distorsion chez les mères dépressives et/ou adolescentes.

Les Hypothèses de Recherche

Tout d'abord, nous prévoyons que la perception de l'irritabilité de l'enfant sera plus importante chez les mères dépressives que chez les mères non-dépressives. Nous nous attendons aussi à ce que la perception de l'irritabilité de l'enfant soit évaluée comme étant plus importante par les mères adolescentes que par les mères adultes. De ce fait, nous anticipons que la dépression maternelle et le jeune âge des mères auront un effet d'interaction modifiant de façon négative la perception des mères par rapport au tempérament de leur enfant. Enfin, nous ne prévoyons pas de différence entre les groupes de mères lorsque l'irritabilité de l'enfant est mesurée par des observateurs indépendants.

Méthode

Les Participants

Les participants de cette recherche proviennent d'une étude longitudinale du Groupe de Recherche en Développement de l'Enfant et de la Famille de l'UQTR, portant sur le développement social, émotionnel et cognitif des enfants. Nous avons recruté les mères sur une base volontaire, grâce aux infirmières de l'aile de maternité du Centre Hospitalier Régional de Trois-Rivières et des infirmières à domicile de sept CLSC de la région de la Mauricie.

Le nombre total de participants à l'étude est de 134 dyades mère-enfant. Les 47 mères adultes se répartissent dans les groupes des deux niveaux de dépression selon une proportion de 37 non-dépressives et de 10 dépressives (soit 21 % des mères adultes). Pour ce qui est des 87 mères adolescentes, les groupes se composent de 62 non-dépressives et de 25 dépressives (soit 29 % des mères adolescentes). Le tableau 1 montre un aperçu de la répartition des groupes. Le critère de répartition pour les groupes de mères adolescentes était celui d'être âgées de moins de 20 ans, tandis que pour faire partie des groupes de mères adultes, le critère était celui d'être âgées d'au moins 23 ans. Dans notre échantillon, les participantes adultes étaient âgées en moyenne de 29 ans ($\acute{E}T = 4.6$) et les participantes adolescentes en moyenne de 18 ans ($\acute{E}T = 1.5$), avec une étendue allant de 14 à 19 ans.

Tableau 1

Répartition des mères selon l'âge et le niveau de dépression

| Groupe | Niveau de dépression | |
|-------------|----------------------|------------|
| | Non-dépressive | Dépressive |
| Adulte | n = 37 | n = 10 |
| Adolescente | n = 62 | n = 25 |

Certaines mères n'ont pas répondu à tous les items du questionnaire de renseignements généraux, certaines valeurs sont donc manquantes. Cela dit, la majorité des mères adultes (73 %) et des mères adolescentes (60 %) vivent avec le père biologique de l'enfant. Un nombre important de mères adolescentes vivent seule (29 %), alors que cette proportion est plus faible pour les mères adultes (11 %). Le niveau de scolarité du groupe des mères adultes est supérieur à celui des mères adolescentes, celles-ci ayant respectivement une moyenne de 15 ans ($\acute{E}T = 3.4$) et de 10 ans ($\acute{E}T = 1.7$) de scolarité. D'autres part, les groupes ne sont pas appariés pour ce qui est du niveau économique. Effectivement, plus de la moitié des mères adultes déclarent un revenu familial annuel de plus de 30 000 \$, tandis que plus de la moitié des mères adolescentes déclarent un revenu familial annuel de moins de 30 000 \$.

Les 134 enfants de l'étude étaient âgés de six mois. Nous avons sélectionné les enfants nés sans complication périnatale majeure ou malformation congénitale, après un

minimum de 37 semaines de grossesse et pesant au moins 2500 g, pour ainsi éviter l'interférence avec d'autres variables. Le poids moyen à la naissance des enfants de l'étude était de 3582 g ($ÉT = 746$ g) dans le groupe des enfants de mères adultes et de 3346 g ($ÉT = 481$ g) dans le groupe des enfants de mères adolescentes. Il y avait 60 garçons et 74 filles dans l'échantillon, dont 18 garçons et 29 filles dans le groupe de mères adultes et 42 garçons et 45 filles dans les groupes des mères adolescentes.

Les Instruments de Mesure

Le questionnaire de Renseignements Généraux

Un questionnaire de renseignements généraux a servi pour obtenir des informations concernant la grossesse, l'accouchement et les caractéristiques factuelles de la mère, tels son âge, sa scolarité, son revenu, son statut matrimonial (voir Appendice A). Ainsi, nous avons classé les mères dans les groupes d'adolescentes ou d'adultes selon l'âge indiqué par ce questionnaire.

« Center For Epidemiological Studies-Depression Scale »

Les mères ont répondu au questionnaire du « Center For Epidemiological Studies-Depression Scale » (CES-D) de Radloff (1977). Ce questionnaire évalue l'état dépressif de la mère durant les sept derniers jours et donne ainsi des indices cognitifs, affectifs et comportementaux de dépression (Devins & Orme, 1984). C'est un questionnaire conçu pour la population générale à des fins de recherche. Le choix de cet instrument réside dans le fait que sa passation est rapide. De plus, c'est un auto-questionnaire qui permet de

différencier les symptômes physiques de la grossesse et de l'accouchement des indices réels de dépression (Campbell & Cohn, 1991).

L'échelle se compose de vingt items, dont seize énoncés négatifs et quatre énoncés positifs. Chacun de ces énoncés est suivi d'un choix de réponses standards, numérotées de 0 (*rarement ou jamais - moins d'une journée*), 1 (*quelques fois ou peu souvent - 1 ou 2 jours*), 2 (*occasionnellement ou modérément - 3 ou 4 jours*) jusqu'à 3 (*fréquemment ou toujours - 5 ou 7 jours*). Les différents items mesurent l'humeur dépressive, les sentiments de culpabilité, d'insuffisance, de solitude et de désespoir, le ralentissement psychomoteur et les troubles de concentration, de sommeil et d'appétit (voir Appendice B). Le résultat total peut varier de 0 à 60. Selon certaines recherches antérieures (voir Cohn, Campbell, & Ross, 1991) un résultat total de 15 au CES-D est représentatif d'une personne ayant possiblement un trouble dépressif clinique distinct de personnes manifestant des symptômes dépressifs mineurs sous ce seuil clinique. Dans notre étude, les mères qualifiées de dépressives ont un résultat égal ou supérieur à ce seuil critique, sans qu'un diagnostic présent ou passé n'ait été établi à l'aide des critères du DSM.

Cet instrument de mesure de la dépression présente une haute consistance interne et une fidélité test-retest adéquate (Radloff, 1977). Sa validité est démontrée par sa corrélation significative avec plusieurs autres mesures de dépression (Campbell & Cohn, 1991; voir Myers & Weissman, 1980 dans Gross et al., 1994). La méthode de la traduction inversée a été utilisée pour traduire ce questionnaire de l'anglais au français

(Vallerand, 1989). Cette méthode consiste à traduire en français la version originale du questionnaire. Ensuite, un anglophone bilingue traduit cette version française en anglais. On compare par la suite les deux versions anglaises qui doivent correspondre en tous points. La consistance interne de la traduction de l'instrument est élevée, soit de .86 pour les mères adolescentes et de .90 pour les mères adultes.

« Infant Characteristics Questionnaire »

Les mères ont aussi complété « l'Infant Characteristics Questionnaire » (ICQ) de Bates Freeland et Lounsbury (1979) qui mesure le tempérament de l'enfant. La mère doit indiquer le degré de difficulté ou d'irritabilité de son enfant dans certaines situations et, par le fait même, évaluer le construit de tempérament difficile. Le questionnaire pour les enfants de six mois se compose de quatre facteurs, soit « fussy-difficult » (chigneux-difficile), inadaptable, ennuyeux et imprévisible.

Ce questionnaire est construit à l'aide de vingt-huit items, selon une échelle Likert de 1 à 7, où la mère doit répondre aux questions selon une gradation de 1 (*très facile*), 4 (*dans la moyenne*) et 7 (*très difficile*). Nous avons choisi d'utiliser seulement l'échelle « fussy-difficult » du questionnaire puisque c'est celle qui représente le mieux le tempérament difficile (Bates et al., 1979) et reflète l'irritabilité de l'enfant. Cette échelle se compose de six items (items 1, 5, 6, 13, 22, 24) qui mesurent le niveau de chignage de l'enfant, sa capacité à être réconforté et l'intensité de ses protestations (voir Appendice C).

Le ICQ a des propriétés psychométriques adéquates pour l'évaluation du tempérament de l'enfant par les mères (Bates et al., 1979). De plus, il a une bonne validité et un coefficient de fidélité de .79 pour le facteur de « fussy-difficult ». Enfin, il a l'avantage d'être rapide dans sa passation, raison motivant le choix de cet instrument. Le même principe de traduction inversée décrit précédemment a été employé pour la traduction de ce questionnaire (Vallerand, 1989). Le niveau de consistance interne de la traduction de l'instrument est aussi adéquat pour les mères adultes, avec un coefficient de .73, ainsi que pour les mères adolescentes, avec un coefficient de .65.

« Emotion Regulation Subscale »

Enfin, les observateurs ont rempli le « Emotion Regulation Subscale » ou la sous-échelle de régulation des affects (ERS) du « Behavior Rating Scale » (Bayley, 1993). Le « Behavior Rating Scale » évalue le comportement de l'enfant durant la passation du test et fait partie du « Bayley Scales of Infant Development II », un test de développement. Le ERS est une des sous-échelles comportementales qui mesure le facteur d'affect-extraversion, un des trois facteurs du test dérivés par analyse factorielle. Cette sous-échelle se compose de huit items (items 6, 8, 10, 14, 18, 19, 21, 30) qui apprécient les dimensions de tempérament, de l'affect et du comportement de l'enfant durant la passation du test, en particulier son irritabilité (voir Appendice D).

Des exemples d'items considèrent, par exemple, l'orientation de l'enfant envers les examinateurs, la régulation de ses émotions, la qualité de ses gestes moteurs et son engagement dans les contacts sociaux lors de la passation du test. Les items sont codifiés

selon une échelle Likert de 1 à 5. Par exemple pour l'item six d'affect négatif, où le 1 = *au moins 3 manifestations intenses et importantes ou prolongées d'affect négatif* et le 5 = *pas de manifestation d'affect négatif*. Pour l'item dix d'adaptation au changement de matériel de test, un résultat de 1 = *résiste constamment à redonner le matériel et/ou refuse d'accepter du nouveau matériel* et un résultat de 5 = *redonne le matériel et accepte du nouveau matériel régulièrement*. Ainsi, le résultat total pour cette sous-échelle peut être de 8 à 40. Un résultat faible à l'ERS indique un niveau d'irritabilité plus élevé, des manifestations plus fréquentes d'affect négatif et, en général, plus de chignage et de difficulté chez l'enfant. Au contraire, un résultat élevé indique peu d'irritabilité chez l'enfant.

L'accord inter-juge mesuré entre les différents examinateurs est adéquat. La version anglaise a été employée par les observateurs. Des preuves de validité de construit, de contenu et de prédiction ont été confirmées pour le ERS, ainsi que pour sa fidélité qui serait entre .66 et .75 pour une mesure d'un enfant âgé de six mois (Bayley, 1993). Le degré de corrélation entre le ERS et le ICQ indique une légère convergence chez les mères adultes, avec un coefficient de .40, mais aucune convergence chez les mères adolescentes, avec un coefficient de .13. Ainsi, ces deux instruments de mesure sont relativement indépendants l'un de l'autre.

Le Déroulement

La passation des instruments de mesure s'est faite lors d'une visite semi-structurée à la maison par deux observateurs pour évaluer la mère et son enfant, lorsque ce dernier était âgé de six mois. Un des observateurs se chargeait de diriger la visite, en initiant la majorité des contacts avec la mère, et l'autre observateur avait pour tâche de manipuler le matériel de test avec l'enfant. La visite était composée d'une entrevue avec la mère, de l'évaluation développementale de l'enfant avec le « Bayley Scales of Infant Development II » (les résultats duquel ne seront pas utilisés dans la présente étude), suivi d'une période de jeux libres de cinq minutes avec des jouets amenés par les observateurs. Ensuite, la mère devait répondre aux différents questionnaires : soit le questionnaire de renseignements généraux, puis le CES-D et le ICQ. Durant que la mère répondait à ces questionnaires, un des observateurs remplissait le ERS en se basant sur ses observations de l'enfant durant la visite, tandis que l'autre observateur jouait avec l'enfant.

Résultats

L'Analyse des Données

Suite à la cueillette de données, le score au CES-D de chaque participante s'obtient en additionnant les valeurs données à chacun des items, pour un total possible de 60. Pour quatre des items du test, la formulation de l'énoncé est positive (items D, H, L et P) et la valeur donnée à ces items doit donc être inversée pour calculer le total au test. Par exemple, si quelqu'un a répondu 3 pour *fréquemment ou toujours (5-7 jours)* à l'item L « je me sentais heureux-se », le score pour cet item devient 0.

Les résultats du ICQ, pour leur part, s'obtiennent en additionnant les réponses aux six items de l'échelle « fussy-difficult » données par les mères, pour un total possible de 42. Les résultats du ERS sont eux aussi obtenus en additionnant les réponses données à chacun des huit items de cette sous-échelle du Bayley et le total maximum est de 40.

Pour analyser les scores des participants à chacun des trois questionnaires, des moyennes et des écarts types ont été employés comme analyses statistiques. Le test de la moyenne des plus petits carrés a été calculé comme analyse à posteriori pour déterminer la différence entre les moyennes. Ensuite, des analyses de variance (ANOVA) ont été utilisées pour démontrer le lien entre les variables pour le ICQ et de même pour le ERS. Cette analyse de variance permet d'évaluer les effets principaux de chacune des variables

indépendantes, soit celle de la dépression et celle de l'âge, ainsi que les effets d'interaction de ces deux variables.

La Présentation des Résultats

Les scores moyens et les écarts types obtenus au CES-D pour les quatre groupes de mères sont présentés dans le tableau 2. Le score utilisé pour délimiter les mères dépressives des mères non-dépressives était de 15, score au-delà duquel les mères étaient considérées comme dépressives. Les scores des mères au CES-D varient entre 0 et 43, sur une possibilité de 60 points. La moyenne totale au CES-D de toutes les participantes est de 12.34. Au niveau de la dépression, il est possible de voir que les scores des mères adultes ($M = 24.6$) ne se différencient pas significativement de ceux des mères adolescentes ($M = 26.85$) puisque l'écart entre les scores de dépression des deux groupes d'âge n'est pas important. Ceci signifie que les deux groupes de mères dépressives démontrent des signes dépressifs similaires.

Les moyennes et les écarts types pour l'évaluation maternelle de l'irritabilité de l'enfant, grâce à l'échelle « fussy-difficult » du ICQ, sont présentés dans le tableau 3. Les scores des mères de notre échantillon à cette sous-échelle varient entre 8 et 34 points, sur une possibilité de 42 points. Les résultats de l'évaluation maternelle du niveau d'irritabilité démontrent que les groupes de mères dépressives et non-dépressives évaluent l'irritabilité de leur enfant de façon relativement semblable. Ces scores d'irritabilité, se situant entre 14.72 et 19.67, sont dans la norme établie à 17.77 par Bates

Tableau 2

Les scores dépressifs (CES-D) des mères en fonction de leur âge

| Groupe | Non-dépressive | | Dépressive | |
|-------------|------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Adulte | 7.36 (n = 37) | 3.35 | 24.6 (n = 10) | 6.83 |
| Adolescente | 7.49 (n = 62) | 3.98 | 26.85 (n = 25) | 7.35 |

pour l'échelle « fussy-difficult » (Bates et al., 1979). Par ailleurs, le groupe des mères adultes dépressives (n = 10) se démarque légèrement avec une évaluation du niveau d'irritabilité légèrement plus élevée que les autres groupes de mères. Un test à posteriori, celui de la moyenne des plus petits carrés, indique que ce groupe de mère est le seul qui est significativement différent des autres (toute valeur est significative à $p < .05$).

Le tableau 4 décrit les moyennes et les écarts types du niveau d'irritabilité des enfants, mesuré au ERS par les observateurs, pour chacun des quatre différents groupes de mères. Les résultats indiquent que les observateurs évaluent les enfants des quatre groupes de mères selon un niveau d'irritabilité similaire. Effectivement, les enfants sont identifiés par les observateurs comme étant relativement faciles dans une situation d'interaction avec une personne inconnue, soit les observateurs, avec des scores variant entre 33.90 et 35.27, un score total de 40 reflétant très peu d'irritabilité.

Tableau 3

Moyennes ajustées et écarts types à l'échelle « fussy-difficult » du ICQ
en fonction des groupes d'âge et du niveau de dépression des mères

| Groupe | Non-dépressive | | Dépressive | |
|-------------|----------------|-----------|------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Adulte | 14.72 | 0.76 | 19.67 | 1.46 |
| Adolescente | 14.91 | 0.58 | 15.94 | 0.92 |

Tableau 4

Moyennes ajustées et écarts types de la sous-échelle ERS du Bayley en
fonction des groupes d'âge et du niveau de dépression des mères

| Groupe | Non-dépressive | | Dépressive | |
|-------------|----------------|-----------|------------|-----------|
| | <i>M</i> | <i>ÉT</i> | <i>M</i> | <i>ÉT</i> |
| Adulte | 34.92 | 0.47 | 33.90 | 0.90 |
| Adolescente | 34.42 | 0.36 | 35.27 | 0.54 |

Le tableau 5 présente l'analyse de variance calculée à partir des résultats de l'échelle « fussy-difficult » du ICQ, selon les deux variables indépendantes de l'âge et du niveau de dépression de la mère. L'analyse indique un effet d'interaction entre ces

Tableau 5
Analyse de variance de l'échelle « fussy-difficult » du ICQ
en fonction des deux variables indépendantes

| Source de variance | <i>Df</i> | Carré moyen | <i>F</i> | <i>p</i> |
|--------------------|-----------|-------------|----------|----------|
| Dépression | 1 | 191.01 | 8.93 | 0.003 |
| Groupe | 1 | 65.88 | 3.08 | 0.8 |
| Dépr×Group | 1 | 80.84 | 3.78 | 0.05 |
| Modèle | 3 | 71.99 | 3.37 | 0.02 |
| Erreur | 130 | 21.39 | | |
| Total corrigé | 133 | | | |

variables ($F_{1,130} = 3.78$ $p < .05$). L'évaluation de la mère par rapport au niveau d'irritabilité de son enfant est donc relative à son niveau de dépression et à son âge. En examinant le tableau 3 qui décrit les moyennes à l'échelle « fussy-difficult » du ICQ, nous pouvons constater que ce sont les mères dépressives adultes qui évaluent le plus de difficulté de tempérament chez leur enfant. Aussi, mentionnons que cette interaction significative semble surtout relever de la dépression. En effet, l'effet principal apporté par la dépression est significatif, alors que l'effet principal apporté par l'âge ne l'est pas.

L'analyse de variance calculée à partir des résultats du ERS selon les mêmes deux variables indépendantes est décrite dans le tableau 6. L'analyse ne parvient à aucun seuil de signification, ce qui signifie que les observateurs n'ont pas décelé de différence entre les enfants des quatre groupes sur la dimension de l'irritabilité au Bayley. D'autre part, l'effet principal apporté par la dépression, tout comme l'effet principal apporté par l'âge ne sont pas significatifs.

Tableau 6
Analyse de variance de la mesure du ERS par les observateurs
en fonction des deux variables indépendantes

| Source de variance | <i>Dl</i> | Carré moyen | <i>F</i> | <i>p</i> |
|--------------------|-----------|-------------|----------|----------|
| Dépression | 1 | 0.14 | 0.2 | 0.89 |
| Groupe | 1 | 4.16 | 0.51 | 0.47 |
| Dépr×Group | 1 | 19.22 | 2.37 | 0.13 |
| Modèle | 3 | 7.11 | 0.88 | 0.46 |
| Erreur | 130 | 8.10 | | |
| Total corrigé | 133 | | | |

Discussion

Le premier objectif motivant cette étude était d'analyser l'effet possible de la dépression maternelle sur la perception de la mère au sujet du niveau d'irritabilité de son enfant. Le second objectif était d'établir si l'adolescence des mères pouvait aussi avoir un effet sur la perception maternelle de l'irritabilité de l'enfant. Pour ce faire, nous avons comparé l'évaluation des mères à celle d'observateurs indépendants.

Conclusions en Lien avec les Hypothèses de Recherche

La première hypothèse de l'étude soutenait que les mères dépressives considéreraient leur enfant comme plus irritable que le feraient les mères non-dépressives. Les résultats obtenus à l'échelle « fussy-difficult » du ICQ confirment cette hypothèse puisqu'ils indiquent que les mères dépressives de l'échantillon cotent effectivement leur enfant à un niveau d'irritabilité plus élevé que ne le font les mères non-dépressives.

Toutefois, il est important de considérer ce résultat avec le fait que les évaluations d'irritabilité des quatre groupes de mères sont assez similaires. De plus, les évaluations de tous les groupes de mères dépressives et non-dépressives situent tous les enfants dans la norme pour l'aspect « fussy-difficult ». La seule différence intergroupes retrouvée se situe auprès des mères adultes dépressives qui se distinguent des autres groupes de mères par le

fait qu'elles évaluent leur enfant selon un niveau d'irritabilité plus élevé que les autres. Ceci n'indique pas une tendance claire pour l'effet de la dépression sur la perception maternelle puisque les mères adolescentes dépressives, elles, ne cotent pas leur enfant de façon significativement plus irritable, comme le font les mères adultes dépressives. Ainsi, nous retrouvons une variable, l'âge de la mère, ayant une importance certaine dans l'interprétation de l'autre variable, la dépression maternelle.

D'autres part, ce résultat, quoi qu'intéressant en soi, ne peut être interprété sans faire référence au petit nombre de dyades mère-enfant à l'intérieur du groupe de mères adultes dépressives ($n=10$). Malgré le fait qu'il y ait présence d'une différence significative entre ces groupes, il faut prendre conscience qu'il ne faudrait que l'ajout d'une ou deux participantes ayant des résultats moins élevés pour modifier considérablement le niveau de signification. Il s'agit donc de résultats ayant une certaine fragilité et la portée des conclusions qu'il est possible d'en tirer est diminuée. Considérons tout de même que la dépression pourrait avoir plus d'effet sur la perception d'une mère adulte que sur celle d'une mère adolescente.

À présent, il faut se questionner sur le fait que la dépression semble avoir moins d'effet de distorsion sur la perception de la mère adolescente que sur celle de la mère adulte. Comme explication possible de cette observation, nous retrouvons dans la documentation des recherches qui observent que les mères adolescentes sont moins sensibles envers les demandes de leur enfant que ne le sont les mères adultes (voir Zeanah

et al., 1997). Selon cette affirmation, si leur enfant est irritable, les mères adolescentes pourraient en être moins conscientes puisque moins à l'écoute des demandes de celui-ci. Pourtant, les mères dépressives sont aussi considérées comme étant moins sensibles envers leur enfant (Cummings & Davies, 1994; Jameson et al., 1997; Seifer & Dickstein, 2000; Zeanah et al, 1997). Ce dernier point minimise le caractère explicatif de la première explication puisque la perception des mères adultes dépressives aurait dû, elle aussi, être influencée par l'insensibilité. Il se pourrait tout de même que ce manque de sensibilité de la mère adolescente fasse en sorte que son enfant finisse par comprendre que quoi qu'il fasse, elle ne répondra pas à ses demandes. Il cesserait alors d'agir dans le but de rechercher le soutien émotif de sa mère en situation de stress (Tarabulsky et al, 2000). Ainsi, il se pourrait que ces enfants ne démontrent pas de signes manifestes d'irritabilité avec leur mère puisqu'ils seraient devenus évitants. Effectivement, la documentation reconnaît que les enfants de mères adolescentes ont souvent un attachement insécurisé de type évitant avec leur mère (Osofsky et al., 1993; Zeanah et al., 1997). Ceci pourrait expliquer pourquoi les mères adolescentes ne considèrent pas leur enfant comme plus irritable puisqu'il ne le serait effectivement pas, mais qu'il serait plutôt non-réactif. Leur perception du tempérament de leur enfant serait donc adéquate, ce qui n'était pas le cas des mères adultes dépressives.

Par ailleurs, le niveau de maturité peut entrer en ligne de compte pour expliquer que les mères adultes évaluent leur enfant plus négativement lorsqu'elles sont dépressives que ne le font les mères adolescentes. En effet, les mères adultes étant reconnues comme étant

plus sensibles et plus matures que les mères adolescentes (Osofsky et al., 1993; Sommer et al., 1993), elles pourraient être plus conscientes qu'elles souffrent de symptômes dépressifs et que leur humeur dépressive peut avoir des conséquences sur leur enfant. Ainsi, les mères adultes dépressives pourraient être plus alertes aux conséquences que peuvent entraîner leurs problèmes et avoir tendance à induire plus d'effets négatifs au niveau du tempérament de leur enfant. Les mères adolescentes, pour leur part, peuvent ne pas être conscientes qu'elles sont dépressives. Elles peuvent considérer les symptômes de leur état dépressif et du manque de sommeil qui s'en suit, comme des conséquences de leur style de vie, par exemple si elles se couchent à des heures tardives parce qu'elles sortent le soir. Aussi, elles peuvent ne pas considérer que leur état émotionnel pourrait avoir un effet sur leur enfant et ainsi ne pas se préoccuper des conséquences de leur état. Elles pourraient donc évaluer leur enfant de façon plus juste que les mères adultes dépressives puisqu'elles ne sont pas influencées par des connaissances au sujet des effets néfastes de la dépression maternelle sur l'enfant.

La seconde hypothèse affirmait que les mères adolescentes évalueraient plus sévèrement leur enfant au niveau de l'irritabilité que ne le feraient les mères adultes. Cette hypothèse n'est pas confirmée puisqu'il n'y a pas de différence importante entre les groupes d'âge de mères adultes et de mères adolescentes dans les résultats de l'échelle « fussy-difficult » du ICQ. De plus, selon cette hypothèse, les mères non-dépressives adolescentes auraient dû percevoir un niveau plus élevé d'irritabilité que les adultes, ce

qui n'est pas le cas. Au contraire, les résultats des évaluations maternelles sont assez similaires pour les mères non-dépressives adultes et adolescentes.

Ces résultats ne vont pas dans la direction de celle proposée par la documentation à ce sujet. En effet, les résultats d'études antérieures établissaient que les mères adolescentes pourraient avoir tendance à évaluer leur enfant comme étant plus difficile que ne le faisaient les mères adultes (voir Osofsky et al., 1993; Zeanah et al., 1997). D'autres études proposaient qu'il y ait subjectivité de la perception de la mère adolescente due à un manque de préparation cognitive à être parent (Miller et al., 1996; Pomerleau et al., 1998; Sommer et al., 1993). Ce dernier point signifie qu'il y aurait un manque de connaissance sur le développement de l'enfant et, de ce fait, des attentes irréalistes et de fausses croyances, ainsi qu'un manque d'habileté parentale. Les études dans ce domaine démontraient que les mères adolescentes avaient ainsi, moins de préparation cognitive à être parent, mais une seule abordait le lien entre le niveau de préparation cognitive à être parent et l'évaluation maternelle du tempérament de l'enfant, soit celle de Miller et de ses collaborateurs (1996). Dans cette étude, les mères adolescentes qui avaient moins de préparation cognitive à devenir parent percevaient leur rôle comme plus stressant et leur enfant comme plus difficile (Miller et al., 1996).

Cette tendance des adolescentes à évaluer le tempérament de leur enfant comme plus difficile n'a pas été démontrée dans notre échantillon. La réflexion émise auparavant sur le manque de sensibilité des mères adolescentes pourrait aussi s'appliquer pour

expliquer ces résultats. De cette façon, les enfants des mères adolescentes de notre échantillon, lorsque la mère adolescente est dépressive ou non, pourraient être évitants, donc effectivement moins irritables (Osofsky et al., 1993; Zeanah et al., 1997).

Outre cela, le problème de notre étude réside peut-être dans le postulat émis par plusieurs études selon lequel les mères adolescentes ont moins de préparation cognitive à être parent (Miller et al., 1996; Pomerleau et al., 1998; Schellenbach et al., 1992; Sommer et al., 1993). En effet, notre échantillon de mères adolescentes pourrait différer de ceux de ces études au niveau de la préparation cognitive à être parent. Ainsi, les mères adolescentes de notre étude sont peut-être mieux préparées au niveau cognitif pour devenir mère que les mères adolescentes de leurs études. Cependant, puisque nous n'avons pas mesuré la préparation cognitive à être parent en lien avec la perception maternelle du tempérament de l'enfant, il nous est impossible de déterminer si c'est effectivement ce qui justifie nos résultats.

Le niveau de connaissances au sujet du développement de l'enfant peut affecter les attentes de la mère face à son enfant et face au tempérament de celui-ci, ainsi qu'affecter les attitudes parentales de la mère. Ceci s'explique par le niveau de préparation cognitive à être parent que possède la mère adolescente et qui influence, de ce fait, la perception qu'elle a de son enfant (Miller et al., 1996). La documentation indiquait que lorsque la mère possédait moins de connaissances sur le développement de l'enfant, ses attentes étaient irréalistes, dans le sens où elles étaient trop exigeantes et ses attitudes parentales

étaient inadéquates (Dukewitch et al. 1996; Pomerleau et al., 1998). Donc, moins de préparation cognitive à être parent provoque une distorsion négative de la perception du tempérament de l'enfant et influence aussi négativement l'attitude maternelle face à ce dernier (Miller et al., 1996).

Cela dit, le manque de connaissances sur le développement de l'enfant pourrait faire en sorte que les attentes de la mère sont effectivement irréalistes, mais plutôt que d'être trop exigeantes, elles pourraient ne pas l'être suffisamment. Puisque la mère adolescente ne sait pas à quoi s'attendre et qu'elle n'a pas de normes de comparaison pour juger du tempérament de son enfant, elle pourrait ne pas être dérangée par le fait que son enfant n'atteigne pas tel stade développemental à l'âge requis ou n'agissent pas de telle façon. Elle pourrait donc ne pas être consciente ou attentive aux difficultés de tempérament de son enfant. Le manque de connaissances au niveau du développement de l'enfant fait aussi en sorte que les mères adolescentes ne sont pas conscientes que leur jeune âge est un facteur de risque et ne s'inquiètent donc pas que l'évolution de leur enfant en soit affectée. Ces éléments explicatifs pourraient donc nous permettre de comprendre l'absence de distorsion négative dans la perception des mères adolescentes par rapport au niveau d'irritabilité de leur enfant.

Par ailleurs, d'autres facteurs peuvent entrer en ligne de compte pour favoriser la perception réaliste de la mère adolescente au sujet de l'irritabilité de son enfant, tels le soutien extérieur et une maturité plus importante que d'autres adolescentes de son âge

(Osofsky et al., 1993; Tarabulsky et al., 2000; Wakschlag & Hans, 2000; Zeanah et al., 1997). D'autres part, les groupes de mères adultes et adolescentes de notre étude ne sont pas appariés au niveau économique et académique. Ces facteurs pourraient donc avoir influencé nos données.

La troisième hypothèse est celle prétendant qu'il y aurait un effet d'interaction entre les deux variables de niveau de dépression et d'âge de la mère par rapport à l'évaluation maternelle de l'irritabilité de son enfant. Cette hypothèse soutenait que l'interaction de l'âge de la mère et de la dépression maternelle aurait un effet conjoint sur la perception maternelle du niveau d'irritabilité de son enfant. Ainsi, plus une mère serait dépressive et jeune (donc adolescente), plus elle devrait démontrer de la distorsion au niveau de la perception qu'elle a du niveau d'irritabilité de son enfant. Nous retrouvons un résultat significatif d'interaction entre ces deux variables, indiquant que la présence des deux variables est associée à l'évaluation de l'irritabilité de l'enfant par la mère.

Cependant, cette interaction n'apporte pas d'élément explicatif pour le fait que ce soit le groupe de mères adultes dépressives qui évalue le plus d'irritabilité chez leur enfant en comparaison aux autres groupes de mères. Il faut d'ailleurs considérer que ce groupe significativement différent des autres n'est pas celui des mères adolescentes dépressives comme l'indiquait l'hypothèse. De plus, il n'est pas certain, en se rapportant aux résultats bruts, que cette interaction soit dans le sens attendu. C'est-à-dire que l'interaction détectée par l'analyse de variance pourrait exprimer, au contraire de ce que

nous nous attendions pour la variable de l'âge, que plus une mère est dépressive et âgée (donc adulte), plus sa perception du niveau d'irritabilité de son enfant est affectée négativement.

D'ailleurs, l'effet principal de la dépression est significatif, mais celui de l'âge ne l'est pas. Alors, il serait important de souligner que dans cette étude, l'effet d'interaction entre la dépression et l'âge sur l'évaluation maternelle du tempérament de l'enfant semble principalement dû à l'effet de la variable de la dépression maternelle, plus qu'il n'est relatif à l'effet de la variable de l'âge de la mère.

La quatrième hypothèse est celle qui prévoyait une différence au niveau de l'évaluation des groupes de mères, sans que de telles différences ne soient retrouvées au niveau de l'évaluation des observateurs indépendants. Cette hypothèse se voit confirmée puisque, les mères adultes dépressives se distinguent des autres groupes dans leur évaluation de l'irritabilité de leur enfant, mais les observateurs n'évaluent pas de différence entre les enfants des groupes de mères, qu'elles soient dépressives ou non, ou qu'elles soient adultes ou adolescentes. Les observateurs attribuent des niveaux d'irritabilité relativement faibles aux enfants des quatre groupes de mères et ce, à un niveau égal pour tous les groupes.

Les observateurs n'ont donc pas identifié un groupe de mères dont les enfants seraient plus irritables que ceux des autres groupes. Si nous considérons que l'observateur, de par sa formation et de par les taux d'accord qu'il a obtenu avec les

autres observateurs, est une mesure relativement fiable, valide et objective sur laquelle nous nous basons pour déterminer l'exactitude de l'évaluation des mères, alors les résultats démontrent la présence d'une distorsion perceptuelle chez les mères, plus précisément, celles adultes et dépressives. Effectivement, les mères adultes dépressives évaluent leur enfant d'un niveau d'irritabilité plus élevé que ce critère objectif de comparaison. De ce fait, nous pouvons conclure que l'hypothèse de la distorsion perceptuelle due à la dépression trouve un certain appui dans cette étude, chez les mères adultes. Ainsi, les conclusions de notre étude procurent un support additionnel aux études ayant établi la vraisemblance de l'hypothèse de la distorsion perceptuelle due à la dépression (Boyles & Pickles, 1997a-1997b; Fergusson et al., 1993; Field et al., 1993; Gross et al., 1994; Mufson et al., 1990; Whiffen, 1989; Youngstrom et al., 1999).

D'autre part, les mères adolescentes ne semblent pas être influencées négativement dans leur évaluation du tempérament de leur enfant, que ce soit sous l'effet de la dépression ou non, et semblent même avoir une évaluation juste du tempérament de leur enfant. Effectivement, comme les observateurs le mesurent, les enfants des mères adolescentes ne sont pas plus difficiles que ceux des mères adultes, ce qui confirme ce que disent les mères eux-mêmes. Donc, la perception qu'elles ont de leur enfant est plus réaliste que celle des mères adultes dépressives. Ceci démontre l'inexactitude dans notre échantillon des conclusions de recherches antécédentes prétendant que les mères adolescentes ont une perception négative de leur enfant (Miller et al., 1996; Pomerleau et al., 1998; Wakschlag & Hans, 2000; Zeanah et al., 1987). Une fois encore, nos résultats

vont dans le sens opposé à celui des recherches sur lesquelles nous avons élaboré notre étude.

Par ailleurs, un élément qui pourrait expliquer les données est celui de la différence d'instruments d'évaluation utilisés par les mères et par les observateurs. En effet, les deux mesures, le ICQ et le ERS, n'évaluaient pas un même comportement se présentant dans des situations similaires, réduisant possiblement la valeur de nos conclusions (Boyles & Pickles, 1997b; Najman et al., 2000; Richters, 1992; Youngstrom et al., 1999; Zeanah et al., 1987). Les mères devaient répondre à un questionnaire leur demandant d'évaluer leur enfant selon leur vécu avec l'enfant, à travers différents types de situations. A l'opposé, les observateurs devaient évaluer un échantillon des comportements de l'enfant, soit dans une situation bien particulière; celle d'être évalué par des étrangers. L'enfant pourrait effectivement être plus irritable en interaction avec sa mère qu'en interaction ou en présence d'un étranger, ce dernier pouvant avoir comme conséquence d'inhiber ses comportements d'irritabilité. Alors, les résultats de cette étude doivent être interprétés avec précaution pour conclure à un effet manifeste de la dépression sur l'évaluation maternelle, en considérant que d'autres variables non-mesurées peuvent aussi avoir eu une influence sur les données.

Portée de l'Étude

Suite aux conclusions de notre étude, d'autres recherches sur l'effet négatif de la dépression sur la perception maternelle seraient souhaitables en considérant l'ampleur

restreinte de nos résultats qui nous empêchent de les généraliser à une plus vaste population. Par ailleurs, la question de la perception de la mère adolescente reste obscure suite aux résultats de cette étude. Il serait ainsi intéressant d'examiner davantage pourquoi la présence de dépression chez une mère adolescente ne semble pas affecter sa perception du tempérament de son enfant, mais que chez une mère adulte, la dépression modifie négativement sa perception.

Par ailleurs, notre étude suggère que l'irritabilité de l'enfant n'est pas toujours mesurée adéquatement par la mère lorsqu'elle est dépressive. Effectivement, la dépression peut affecter négativement la perception que la mère a du tempérament de son enfant, lorsqu'elle est d'âge adulte. Il faudrait alors considérer l'influence de la dépression sur l'évaluation maternelle du tempérament de l'enfant lorsque la mère est une source de données dans l'étude du tempérament infantile. Les études au sujet des conséquences négatives de la dépression maternelle sur l'enfant doivent aussi être considérées en tenant compte que l'évaluation des mères peut avoir été modifiée par leur état émotionnel et qu'une validation de leur évaluation est nécessaire, à l'aide d'un critère objectif.

L'effet de la dépression maternelle sur la perception que la mère a de son enfant est aussi important à considérer en milieu clinique. Dans le cadre d'une évaluation ou d'une intervention psychologique, les parents sont des précieuses sources d'informations pour élucider les symptômes présentés par l'enfant (Richters, 1992). Ici aussi, la mère est

fréquemment la source de référence dans ce type d'investigation. Les conclusions de notre étude peuvent donc être utiles dans la pratique clinique en ce que l'intervenant doit considérer la présence de signes dépressifs chez la mère comme de potentiels modificateurs de la perception de son enfant.

Il est aussi essentiel de considérer que puisqu'il est possible que la perception de la mère à propos du tempérament de son enfant soit modifiée par son état dépressif, alors ceci peut avoir des conséquences sur les comportements et la relation qu'elle entretient avec son enfant (Dukewitch et al, 1996; Miller et al., 1996; Osofsky et al., 1993; Richters, 1992; Zeanah et al., 1987). Comme le dit si bien Wolke et St-James-Roberts (1986) : « le bon sens et la psychologie nous disent tous deux que nous interprétons ce que nous voyons et que nous agissons en fonction de notre perception » (traduction libre, p.32). De cette façon, les perceptions ou les attentes par rapport au fait que l'enfant ait un tempérament difficile finissent par se concrétiser puisque les perceptions erronées sont maintenues et que lorsque celles-ci sont partiellement confirmées, il y a renforcement des comportements attendus et ainsi développement d'un cercle vicieux. En d'autres termes, le fait de croire que son enfant est difficile, d'agir comme s'il l'était et de renforcer, en quelque sorte, les comportements confirmant ses attentes a comme résultat que l'enfant devient réellement difficile. Ce phénomène qui pourrait expliquer les effets néfastes de la perception maternelle négative sur le tempérament de l'enfant se nomme la prophétie auto-réalisante (« self-fulfilling prophecy ») (Miller et al., 1996; Power et al., 1990; Zeanah et al., 1987). Ainsi, les enfants de mères dépressives pourraient effectivement être

plus difficiles, en grandissant, à force de vivre avec une mère qui le croit difficile. Si nous reconsidérons à présent la perception de la mère dépressive, il est possible de dire qu'avec le temps la mauvaise perception aura induit un tempérament difficile, rétablissant de ce fait l'exactitude de la perception maternelle.

La distorsion de la perception de la mère pourrait aussi se refléter par la diminution du seuil de tolérance pour le comportement normal de l'enfant, mais perçu comme difficile. Ainsi, cette mauvaise perception se concrétiserait par des comportements parentaux inappropriés et inopportuns qui pourraient, à leur tour, créer des problèmes chez l'enfant (Richters, 1992). Entre autres, la mère dépressive peut être plus critique verbalement envers son enfant lorsqu'elle le perçoit comme difficile, ce qui peut affecter l'estime de soi de l'enfant et augmenter le risque du développement de problèmes émotionnels (Goodman et al., 1994).

Ces considérations des conséquences négatives d'une perception irréaliste du tempérament de l'enfant vont de même pour les mères adolescentes. Malgré le fait que nos résultats n'étaient pas significatifs pour l'effet du jeune âge sur la perception maternelle du comportement de l'enfant, l'effet d'interaction entre le niveau de dépression et celui de l'âge était significatif. C'est pourquoi il faut aussi considérer l'effet d'une fausse perception qui pourrait être identifiée chez la mère adolescente. Par exemple, le manque de préparation cognitive à être parent associé à la croyance que l'enfant est difficile augmente le risque de méthodes parentales abusives, chez les mères

adolescentes (Dukewitch et al. 1996). En conclusion, nous pouvons voir que la distorsion de la perception maternelle du tempérament de l'enfant peut avoir d'importantes conséquences sur le développement et le bien-être de ce dernier.

Commentaires au Sujet de l'Étude

La nouveauté de notre étude réside dans le fait que nous avons tenté de démystifier l'effet de deux variables qui n'avaient pas été mesurées de façon distincte jusqu'ici, soit la variable de la dépression et celle de l'âge de la mère comme pouvant influencer la perception maternelle du tempérament de l'enfant. Certaines études considéraient seulement l'aspect de la dépression maternelle sans tenir compte de l'âge des mères et leurs participantes étaient parfois adolescentes. Ceci pourrait avoir créé de la confusion entourant l'effet réel de la dépression sur la perception maternelle. Notre étude a donc tenté de départager la part d'influence de l'âge de celle de la dépression maternelle sur la perception maternelle du tempérament de l'enfant.

Un autre aspect intéressant de l'étude est d'avoir considéré les critères de Richters, qui a étudié la validité de l'hypothèse de la distorsion dans la dépression maternelle (Richters, 1992), pour construire notre plan d'expérimentation. En effet, nous avons suivi l'idée qu'il nous fallait utiliser un critère standard d'évaluation objectif et indépendant pour comparer l'évaluation des mères dépressives. C'est pourquoi nous avons utilisé l'évaluation d'observateurs indépendants qui n'avaient pas connaissance de l'état émotionnel de la mère pour coter le tempérament de l'enfant. Nous avons donc pu

comparer l'évaluation des mères dépressives à celle de mères non-dépressives, ainsi qu'à celle d'observateurs, ce qui nous a permis d'avoir de bonnes balises de comparaison.

Il est aussi rare de voir des études sur les effets de la dépression maternelle avec des enfants aussi jeunes. Les enfants de notre échantillon étaient âgés de six mois et il nous a donc été possible de mesurer l'effet des caractéristiques de la mère sur sa perception lorsque l'enfant était encore très jeune.

Les faiblesses de cette étude résident principalement dans les mesures d'évaluation utilisées. Tout d'abord, la mesure de dépression, le CES-D, est une mesure qui ne permet d'évaluer que la présence de symptômes dépressifs et non pas de faire un diagnostic clair de dépression. Ainsi, nous ne pouvons être certains du niveau réel de dépression des mères de l'échantillon ou d'en avoir évalué l'impact sur la perception selon un niveau d'importance. Richters (1992) considérait comme indicateur de l'hypothèse de la distorsion que l'importance de la dépression devait être corrélée au niveau de distorsion perceptuelle. Ainsi, plus la mère est dépressive, plus la distorsion perceptuelle devrait être importante. Dans notre étude, il n'a pas été possible de mesurer la corrélation entre le niveau de dépression et celui de la distorsion perceptuelle. Pour en arriver à des conclusions scientifiquement plus précises, il aurait fallu utiliser une mesure permettant un diagnostic clair de dépression. Toutefois, le temps et les ressources nécessaires pour ce type d'investigation étant trop importants, il est rare que les recherches puissent réaliser ces objectifs.

D'autres part, certains des groupes de l'étude n'étaient pas très nombreux, tout particulièrement les mères adultes dépressives, ce qui ne nous permet pas de généraliser invariablement nos conclusions à d'autres populations. Les groupes adultes et adolescentes sont aussi difficiles à comparer puisque certaines variables n'ont pas pu être appariées, tels les niveaux économique et académique. Ces dernières ainsi que d'autres variables non contrôlées, comme celles du style de vie, du niveau de maturité, etc. peuvent aussi influencer les résultats. Enfin, comme nommé précédemment, les observateurs évaluaient le comportement de l'enfant sur une période très limitée et dans un seul contexte réactif. La mère, pour sa part, se basait sur une longue période d'interaction avec l'enfant, dans toutes sortes de contextes pour évaluer le tempérament de son enfant. Ceci a pu être un élément ayant affecté les résultats et il est important de le considérer en lien avec nos conclusions.

Conclusion

Le développement de l'enfant se fait rapidement, influencé par différents facteurs, dont ceux des caractéristiques de la mère (Osofsky et al., 1993; Seifer & Dickstein, 2000; Wakschlag & Hans, 1993; Zeanah et al., 1997). Dans cette étude, le sujet d'intérêt était celui du tempérament de l'enfant et de l'influence sur celui-ci des caractéristiques maternelles. Plusieurs recherches ont associé le tempérament difficile de l'enfant à la dépression maternelle (Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Fox & Gelfand, 1994; Gross et al., 1994; Mednick et al., 1996; Sheeber & Johnson, 1992) ou à l'adolescence de la mère (Cassidy et al., 1996; Osofsky et al., 1993; Pomerleau et al., 1998; Wakschlag & Hans, 2000; Zeanah et al., 1997). Ces études qui concluaient à des effets négatifs de ces caractéristiques maternelles peuvent ne pas avoir tenu compte de l'influence sur leurs résultats de la distorsion négative que peuvent avoir la dépression et l'adolescence sur la perception maternelle du tempérament de l'enfant. Effectivement, plusieurs des études associant ces caractéristiques au tempérament difficile de l'enfant se sont principalement basées sur le témoignage de la mère pour évaluer le tempérament de l'enfant, sans nécessairement utiliser un critère de comparaison objectif (Richters, 1992).

Par notre étude, nous avons tenté de déterminer s'il y avait lieu de questionner la validité des études nommées précédemment. Pour ce faire, nous avons considéré l'hypothèse que la dépression causait une distorsion négative de la perception de la mère

par rapport au tempérament de son enfant, plus précisément à son niveau d'irritabilité. En comparant les évaluations des mères à celles d'observateurs indépendants, nos résultats démontrent que la dépression maternelle est effectivement reliée à la perception négative de la mère au sujet de l'irritabilité de son enfant. Toutefois, cette démonstration de la distorsion perceptuelle, lorsqu'il y a dépression, s'est révélée seulement dans le cas des mères adultes et non pas dans celui des mères adolescentes. Nous avons apporté des éléments d'explication pour ces résultats, mais il est clair que ces explications devront être éprouvées pour en établir la validité. De plus, notre groupe de mère était petit, réduisant possiblement la validité et la généralisation de nos conclusions.

Nous nous sommes aussi intéressés à la possibilité que le jeune âge des mères ait un effet de distorsion négative sur la perception maternelle du niveau d'irritabilité de son enfant, étant donné leur manque de préparation cognitive à être parent. Contrairement à nos attentes, nos résultats indiquent que l'âge en tant que variable unique n'a pas d'effet significatif sur la perception maternelle de l'irritabilité de l'enfant. Toutefois, en interaction avec la dépression, l'effet est significatif, indiquant que l'âge est une variable déterminante dans le phénomène de distorsion perceptuelle due à la dépression.

D'autres part, nous pouvons conclure que l'interaction entre l'âge de la mère et la dépression maternelle explique la distorsion négative de la perception maternelle. Toutefois, l'importance de la variable de l'âge dans cette interaction n'est pas claire comparativement à celle de la variable de la dépression. Rappelons-nous que les mères

dépressives adultes étaient les seules à percevoir leur enfant comme significativement plus difficile que les autres. De plus, les adolescentes de notre échantillon présentent des perceptions du tempérament de leur enfant assez réalistes, en lien avec celles des observateurs indépendants. Ainsi, nous remettons en question les résultats d'études antérieures concluant que les mères adolescentes ont une vision de leur enfant qui est altérée négativement.

La difficulté rencontrée suite à l'analyse de nos résultats est relative à nos conclusions au sujet des mères adolescentes, celles-ci étant à l'opposé de ce que relevait la documentation à ce sujet. Des recherches supplémentaires sont donc nécessaires pour élucider la signification de nos résultats, plus spécifiquement quant au fait que la dépression semble avoir plus d'effets de distorsion négative sur la perception de la mère adulte qu'adolescente. D'autre part, il serait intéressant de déterminer avec plus de certitude si la mère adolescente est effectivement plus exacte dans sa perception du tempérament de son enfant, malgré la présomption d'un manque de préparation cognitive à être parent à l'âge de l'adolescence affectant la perception de son enfant.

Il est aussi pertinent de souligner que notre étude ne se situe pas dans la lignée des études concluant que la dépression maternelle a comme conséquences un tempérament difficile chez les enfants (Cummings & Davies, 1994; Downey & Coyne, 1990; Fox & Gelfand, 1994; Gross et al., 1994; Mednick et al., 1996; Sheeber & Johnson, 1992). Tout comme notre étude s'oppose aux recherches soutenant que l'adolescence des mères a

comme conséquences des enfants difficiles (Cassidy et al., 1996; Osofsky et al., 1993; Pomerleau et al., 1998; Wakschlag & Hans, 2000; Zeanah et al., 1997). Effectivement, les enfants de notre étude, autant lorsque leur mère était dépressive que non-dépressive, adulte qu'adolescente, n'ont pas été identifiées par les observateurs comme présentant des niveaux d'irritabilité significatifs. Ces résultats remettent donc en question l'affirmation des études antérieures quant au fait que les mères dépressives ou adolescentes ont des enfants plus difficiles que les mères non-dépressives ou adultes.

En somme, la force de notre étude est d'avoir départagé l'effet de la dépression de celui de l'âge et, de cette façon, d'avoir soulevé l'importance de considérer la variable de l'âge de la mère dans l'étude de la perception maternelle du tempérament de l'enfant en lien avec la dépression maternelle.

Enfin, le sujet abordé dans cette étude semble en être un d'importance puisque plusieurs études emploient la méthode de l'évaluation maternelle pour évaluer le tempérament de l'enfant et nos conclusions démontrent qu'il y a possibilité de distorsion perceptuelle lorsque la mère est adulte dépressive. Il est donc nécessaire de considérer l'évaluation maternelle avec soin dans ces cas puisque l'exactitude des données recueillies est essentielle pour une compréhension adéquate du comportement ou du tempérament de l'enfant qui est, en fait, le sujet d'étude. Cette exactitude est aussi primordiale pour évaluer l'impact réel de la dépression maternelle et du jeune âge de la mère sur le développement de l'enfant. La distorsion de la perception peut aussi avoir des

conséquences négatives sur l'adaptation de l'enfant due à l'influence néfaste d'une perception négative de son enfant, soit par la prophétie auto-réalisante ou par modification négative des attitudes et comportements de la mère avec son enfant. Ainsi, une compréhension réelle du phénomène de la distorsion perceptuelle chez la mère est nécessaire, ainsi qu'une prise de conscience de ce phénomène dans le cadre de la recherche et de l'intervention.

Références

- Alpern, L., & Lyons-Ruth, K. (1993). Preschool children at social risk : chronicity and timing of maternal depressive symptoms and child behavior problems at school and at home. *Developmental and Psychopathology*, 5, 371-387.
- American Psychiatric Association. (1996). *Mini DSM-IV : Critères diagnostiques* (4^e éd) (version internationale) (Washington, D.C., 1994). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Paris: Masson.
- Bates, J. E. (1980). The concept of difficult temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 26, 299-319.
- Bates, J. E. (1986). The measurement of temperament. Dans R. Plomin & J. Dunn (Éds), *The study of temperament : Changes, continuities and challenges* (pp. 1-12). Hillsdale : Lawrence Erlbaum Associates Pub.
- Bates, J. E. (1989). Applications of temperament concepts. Dans G. A. Konhstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Éds), *Temperament in childhood* (pp. 321-355). New York : John Wiley & Sons.
- Bates, J., Freeland, A. B., & Lounsbury, M. L. (1979). Measurement of infant difficultness. *Child Development*, 50, 794-803.
- Bayley, N. (1993). *Bayley scales of infant development (2nd ed.)*. New York : The
- Beck, A. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York : International Universities Press.

- Bendell, D., Field, T., Yando, R., Lang, R., Martinez, A., & Pickens, J. (1994). « Depressed » mothers' perceptions of their preschool children's vulnerability. *Child Psychiatry and Human Development*, 24, 183-190.
- Boyle, M. H., & Pickles, A. (1997a). Maternal depressive symptoms and ratings of emotional disorder symptoms in children and adolescents. *Journal of Psychology and Psychiatry*, 38, 981-992.
- Boyle, M. H., & Pickles, A. (1997b). Influence of maternal depressive symptoms on ratings of childhood behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 399-412.
- Briggs-Gowan, M., Carter, A., & Schwab-Stone, M. (1996). Discrepancies among mother, child and teacher reports : Examining the contributions of maternal depression and anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 749-765.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1975). *A temperament theory of personality*. New York : Wiley-Interscience.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament : Early developing personality traits*. Hillsdale : Erlbaum.
- Campbell, S. B. (1998). Developmental perspectives. Dans T. H. Ollendick & M. Hersen (Éds), *Handbook of child psychopathology*, (3^e éd.) (pp. 3-35). New York : Plenum Press.
- Campbell, S. B., & Cohn, J. F. (1991). Prevalence and correlates of postpartum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 594-599.

- Cassidy, B., Zoccolillo, M., & Hughes, S. (1996). Psychopathology in adolescent mothers and its effects on mother-infant interactions : A Pilot Study. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 379-384.
- Chilcoat, H. D., & Breslau, N. (1997). Does psychiatric history bias mothers' reports? An application of a new analytic approach. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*, 971-979.
- Cohn, J. R., & Campbell, S. B., & Ross, S. (1991). Infants responses in the still-face paradigm at six months predicts avoidant and secure attachment at twelve months. *Development and Psychopathology, 3*, 367-376.
- Cohn, J. R., & Campbell, S. B. (1992). Influence of maternal depression on infant affect regulation. Dans D. Cicchetti & S. Toth (Éds.), *Rochester symposium on developmental psychopathology : Developmental perspectives on depression* (pp. 103-130). Rochester : University of Rochester Press.
- Conrad, M., & Hammen, C. (1989). Role of maternal depression in perceptions of child maladjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 663-667.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Child Psychology and Psychiatry, 35*, 73-112.
- Devins, G. M., & Orme, C. M. (1984). Center for Epidemiologic Studies Depression Scale. Dans R. C. Sweetland & D. J. Keys (Éds.), *Tests : A comprehensive reference for assessments in psychology, education & business* (pp. 144-160). Kansas City : Test Corporation of America.

- Downey, G., & Coyne, J. C. (1990). Children of depressed parents : An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50-76.
- Dukewich, T. L., Borkowski, J. G., & Whitman, T. L. (1993). Adolescent mothers and child abuse potential : An evaluation of risk factors. *Child Abuse & Neglect*, 20, 1031-1047.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T., & Horwood, J. (1993). The effect of maternal depression on maternal ratings of child behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 21, 245-269.
- Field, T., Morrow, C., & Adlestein, D. (1993). Depressed mothers' perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 16, 99-108.
- Fox, C. R., & Gelfand, D. M. (1994). Maternal depressed mood and stress as related to vigilance, self-efficacy and mother-child interactions. *Early Development and Parenting*, 3, 233-243.
- Goldsmith, H. H., & Campos, J. J. (1982). Toward a theory of infant temperament. Dans R. N. Emde & R. J. Harmon (Éds.), *The development of attachment and affiliative systems* (pp. 161-194). New York : Plenum.
- Goodman, S. H., Adamson, L. B., Riniti, J., & Cole, S. (1994). Mothers' expressed attitudes : Associations with maternal depression and children's self-esteem and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1265-1274.

- Gross, D., Conrad, B., Fogg, L., & Wothke, W. (1994). A longitudinal model of maternal self-efficacy, depression and difficult temperament during toddlerhood. *Research in Nursing and Health*, 17, 207-215.
- Hubbs-Tait, L., Hughes, K. P., Culp, A. M., Osofsky, J. D., Hann, D. M., Eberhart-Wright, A., & Ware, L. M. (1996). Children of adolescent mothers : Attachment representation, maternal depression and later behavior problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 416-426.
- Jameson, P. B., Gelfand, D. M., Kulcsar, E., & Teti, D. (1997). Mother-toddler interaction patterns associated with maternal depression. *Development and Psychopathology*, 9, 537-550.
- Kagan, J. J., Reznick, S., & Snidman, N. (1989). Issues in the study of temperament. Dans G. A. Kohnstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Éds.), *Temperament in childhood* (pp. 133-144). New York : John Wiley & Sons.
- Kagan, J., Snidman, N., Zentner, M., & Peterson, E. (1999). Infant temperament and anxious symptoms in school age children. *Development and Psychopathology*, 11, 209-224.
- Leadbeater, B. J., Bishop, S. J., & Raver, C. C. (1996). Quality of mother-toddler interactions, maternal depressive symptoms and behavior problems in preschoolers of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 280-288.

- Mednick, B. R., Hocevar, D., Schulsinger, C., & Baker, R. L. (1996). Personality and demographic characteristics of mothers and their ratings of their 3 to 10 year old children's temperament. *Merrill-Palmer Quarterly*, 42, 397-417.
- Miller, C. L., Miceli, P. J., Whitman T. L., & Borkowski, J. G. (1996). Cognitive readiness to parent and intellectual-emotional development in children of adolescent mothers. *Developmental Psychology*, 32, 533-541.
- Mufson, L., Fendrich, M., & Warner, V. (1990). The stability of temperament by child and mother reports over two years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 386-391.
- Najman, J. M., Williams, G. M., Nikles, J., Spence, S., Bor, W., O'Callaghan, M., Le Brocque, R., & Anderson, M. J. (2000). Mother's mental illness and child behavior problems : Cause-effect association or observation bias? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 592-602.
- Osofsky, J. D., Hann, D. M., & Peebles, C. (1993). Adolescent parenthood : risks and opportunities for mothers and infants. Dans C. H. Zeanah (Éd.), *Handbook of infant mental health* (pp. 106-119). New York : The Guilford Press.
- Owens, E. B., Shaw, D. S., & Vondra, J. I. (1998). Relations between infant irritability and maternal responsiveness in low-income families. *Infant Behavior and Development*, 21, 761-778.
- Pomerleau, A., Malcuit, G., Séguin, R., Lamarre, G., Moreau, J., & Jéliu, G. (1998). Adolescent mothers' report of their nine-month-old infants' temperament :

- Psychosocial variables, infants' neonatal characteristics and psychomotor development. *Archives de Psychologie*, 66, 67-84.
- Power, T. G., Gershenhorn, S., & Stafford, D. (1990). Maternal perceptions of infant difficulty : The influence of maternal attitudes and attributions. *Infant Behavior and Development*, 13, 421-437.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Richters, J. E. (1992). Depressed mothers as informants about their children : A critical review of the evidence for distortion. *Psychological Bulletin*, 112, 485-499.
- Richters, J. E., & Pelligrini, D. (1989). Depressed mothers' judgments about their children : An examination of the depression-distortion hypothesis. *Child Development*, 60, 1068-1075.
- Rothbart, M. K., & Derryberry, D. (1981). Development of individual differences in temperament. Dans M. E. Lamb (Éd.), *Advances in developmental psychology* (Vol. 1) (pp. 37-86). Hillsdale, NJ : L. Erlbaum.
- Rowe, D. C., & Plomin, R. (1977). Temperament in early childhood. *Journal of Personality Assessment*, 41, 140-156.
- Schellenbach, C. J., Whitman, T. L., & Borkowski, J. G. (1992). Toward an integrative model of adolescent parenting. *Human Development*, 35, 81-99.

- Seifer, R., & Dickstein, S. (2000). Parental mental illness and infant development. Dans C. H. Zeanah (Éd.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd.) (pp. 145-160). New York : The Guilford Press.
- Seifer, R., Sameroff, A. J., Dickstein, S., Keitner, G., Miller, I., Rasmussen, S., & Hayden, L. C. (1996). Parental psychopathology, multiple risks and one-year outcomes in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 423-435.
- Sheeber, L. B., & Johnson, J. H. (1992). Child temperament, maternal adjustment, and changes in family life style. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 178-185.
- Sommer, K., Whitman, T. L., Borkowski, J. G., Schellenbach, C., Maxwell, S., & Keogh, D. (1993). Cognitive readiness and adolescent parenting. *Developmental Psychology*, 29, 389-398.
- Spieker, S. J., Larson, N., C., Lewis, S. M., Keller, T. E., & Gilchrist, L. (1999). Developmental trajectories of disruptive behavior problems in preschool children of adolescent mothers. *Child Development*, 70, 443-458.
- Tarabulsy, G. M., Hémond, I., Lemelin, J.-P., Bouchard, C., Allaire, S., & Poissant, S. (2000). Le développement des enfants des mères adolescentes. *Bulletin de Liaison du Conseil de Développement de la Recherche sur la Famille du Québec*, 1, 1-3.
- Tarabulsy, G. M., Tessier, R., & Kappas, A. (1998). *Le tempérament de l'enfant : Cinq études*. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

- Teti, D. M., Gelfand, D. M., Messinger, D. S., & Isabella, R. (1995). Maternal depression and the quality of early attachment : An examination of infants, preschoolers, and their mothers. *Developmental Psychopathology*, 31, 364-376.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York : Brunner/Mazel.
- Troutman, B. R., & Cutrona, C. E. (1990). Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 69-78.
- Vallerand, R. J. (1989). Vers une méthodologie de validation trans-culturelle de questionnaires psychologiques : Implications pour la recherche en langue française. *Psychologie Canadienne*, 30, 662-680.
- van den Boom, D. C. (1989). Neonatal irritability and the development of attachment. Dans G. A. Konhstamm, J. E. Bates, & M. K. Rothbart (Éds.), *Temperament in childhood* (pp. 299-318). New York : John Wiley & Sons.
- van den Boom, D. C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration : An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*, 65, 1457-1477.
- Vaughn, B. E., & Bost, K. K. (1999). Attachment and temperament. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment : Theory, research & clinical applications* (pp. 198-225). New York : Guilford Press.

- Wakschlag, L. S., & Hans, S. L. (2000). Early parenthood in context : Implications for development and intervention. Dans C. H. Zeanah (Éd.), *Handbook of infant mental health* (2^e éd.) (pp. 145-160). New York : The Guilford Press.
- Whiffen, V. E. (1989). Maternal depressed mood and perceptions of child temperament. *The Journal of Genetic Psychology*, 151, 329-339.
- Wolke, D., & St James-Roberts, I. (1986). Maternal affective-cognitive processes in the perception of newborn difficultness. Dans G. A. Kohnstamm (Éd.), *Temperament discussed : Temperament and development in infancy and childhood* (pp. 27-34). Berwyn : Swets North America Inc.
- Youngstrom, E., Izard, C., & Ackerman, B. (1999). Dysphoria-related bias in maternal ratings of children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 905-916.
- Zeanah, C. H., Boris, N. W., & Larrieu, J. A. (1997). Infant development and developmental risk : A review of the past ten years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 165-176.
- Zeanah, C. H., Keener, M. A., Anders, T. F., Vieira-Baker, C. C. (1987). Adolescent mothers' perceptions of their infants before and after birth. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 351-360.

Appendice A

Questionnaire de Renseignements Généraux

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

numéro du sujet : _____

Concernant l'enfant

1. Âge : _____

2. Date de naissance : _____

3. Naissance : à terme : _____ prématurée : _____

si prématurée, à combien de semaines avez-vous accouché?

quelle était la date prévue de l'accouchement? _____

4. Votre enfant est-il né avec une malformation physique?

oui _____ non _____

5. Poids de naissance : _____

6. Sexe de votre enfant : Féminin _____ Masculin _____

7. Rang dans la famille? _____

Concernant les parents:

8. Âge : mère : _____
 père : _____

9. Depuis la naissance de votre bébé, vous avez habité :

Seule _____ combien de temps? _____

Avec le père du bébé _____ combien de temps? _____

Avec un conjoint (autre) _____ combien de temps? _____

Chez vos parents _____ combien de temps? _____

Autre (précisez) _____ combien de temps? _____

10. Actuellement, vous habitez :

Seule _____ combien de temps? _____

Avec le père du bébé _____ combien de temps? _____

Avec un conjoint (autre) _____ combien de temps? _____

Chez vos parents _____ combien de temps? _____

Autre (précisez) _____ combien de temps? _____

11. Revenu annuel personnel

Revenu annuel familial

de la mère

moins de 15 000\$ _____

moins de 15 000\$ _____

de 15 000\$ à 29 999\$ _____

de 15 000\$ à 29 999\$

de 30 000\$ à 44 999\$ _____

de 30 000\$ à 44 999\$

de 45 000\$ à 59 999\$ _____

de 45 000\$ à 59 999\$

60 000\$ et plus

60 000\$ et plus _____

12. Nombre d'années de scolarité complétées : mère : _____
père : _____

13. Quelle était votre occupation avant la naissance de l'enfant?

14. Présentement, êtes-vous aux études? oui _____ non _____

Si oui, à quel niveau? _____

à raison de combien d'heures par semaine? _____

Si non, planifiez-vous y retourner prochainement?

oui _____ non _____

dans combien de mois

15. Présentement, avez-vous un emploi rémunéré?

oui _____ non _____

Si oui, lequel? _____

à la maison _____ à l'extérieur _____

à raison de combien d'heures par semaine? _____

Si non, planifiez-vous travailler prochainement?

oui _____ non _____

dans combien de mois? _____

16. Quelle est l'occupation de votre conjoint? _____

17. Est-ce que votre état de santé restreint ou a restreint vos activités depuis la naissance de votre bébé?

| | oui | non |
|----------------------------------|-------|-------|
| à la maison | _____ | _____ |
| à l'extérieur de la maison | | |
| (magasinage, etc.)? | _____ | _____ |
| dans vos activités sociales, vos | | |
| loisirs | _____ | _____ |
| au travail? | _____ | _____ |

Appendice B

Questionnaire du « Center for Epidemiological Studies-Depression Scale »

(CES-D)

Les énoncés suivants traitent de la façon dont les gens peuvent parfois se sentir. Lisez chaque énoncé et encerclez le chiffre qui correspond le mieux au **nombre de fois** que vous vous êtes senti de cette façon dans les **7 derniers jours**.

Vous êtes-vous senti de cette façon :

- 0 - Rarement ou jamais (moins d'une journée)
- 1 - Quelques fois ou peu souvent (1 ou 2 jours)
- 2 - Occasionnellement ou modérément (3 ou 4 jours)
- 3 - Fréquemment ou toujours (5 ou 7 jours)

Durant les 7 derniers jours :

- | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|
| A. | J'étais embêté par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| B. | Je n'ai pas eu envie de manger; Je n'avais pas beaucoup d'appétit. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| C. | Je sentais que j'étais incapable de sortir de ma tristesse même avec l'aide de ma famille ou de mes amis. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| D. | Je me sentais aussi bon que les autres gens. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| E. | J'avais de la difficulté à me concentrer sur les choses que je faisais. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| F. | Je me sentais déprimé-e. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| G. | Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| H. | J'avais de l'espoir face à l'avenir. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| I. | Je pensais que ma vie était un échec. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| J. | J'étais craintif-ive. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| K. | J'avais un sommeil agité. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| L. | Je me sentais heureux-se. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| M. | Je parlais moins que d'habitude. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| N. | Je me sentais seul-e. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| O. | Les gens étaient peu aimables avec moi. | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| P. | Je prenais plaisir à la vie. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Q. | J'ai eu des crises de larmes. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| R. | Je me sentais triste. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| S. | J'avais l'impression que les gens ne m'aimaient pas. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| T. | J'avais de la misère à « démarrer ». | 0 | 1 | 2 | 3 |

Appendice C

« Infant Characteristics Questionnaire » (ICQ)

Questionnaire des Caractéristiques de l'Enfant

Pour chacun des énoncés suivants, encerclez le numéro qui décrit le mieux votre enfant. Le terme « dans la moyenne » fait référence à ce que vous pensez que l'enfant moyen obtiendrait sur cet énoncé.

1. Jusqu'à quel point est-il facile ou difficile pour vous de consoler votre enfant lorsqu'il/elle est en détresse?

| | | | | | | |
|-------------|---|---|--------------------|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très facile | | | dans la moyenne | | | très difficile |

2. Jusqu'à quel point est-il facile ou difficile pour vous de prédire les moments où votre enfant va s'endormir ou se réveiller?

| | | | | | | |
|-------------|---|---|--------------------|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très facile | | | dans la moyenne | | | très difficile |

3. Jusqu'à quel point est-il facile ou difficile pour vous de prédire les moments où votre enfant aura faim?

| | | | | | | |
|-------------|---|---|--------------------|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très facile | | | dans la moyenne | | | très difficile |

4. Jusqu'à quel point est-il facile ou difficile pour vous de savoir ce qui dérange votre enfant lorsqu'il/elle pleure ou est « chigneux »?

| | | | | | | |
|-------------|---|---|--------------------|---|---|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très facile | | | dans la moyenne | | | très difficile |

5. Combien de fois par jour votre enfant devient-il irritable, «chigneux» ou difficile--sans égard pour la durée de son irritabilité?

| | | | | | | |
|--------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|------------------------|-----------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| jamais | 1-2 fois par jour | 3-4 fois par jour | 5-6 fois par jour | 7-9 fois par jour | 10-14 fois par jour | plus de 14 fois par jour |

6. De façon générale, jusqu'à quel point est-ce que votre enfant pleure et chigne en comparaison avec l'enfant moyen?

| | | | | | | |
|---|---|---|---------------------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| beaucoup moins que l'enfant moyen | | | autant que l'enfant moyen | | | beaucoup plus que l'enfant moyen |

7. Comment votre enfant a-t-il/elle réagi à son premier bain?

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très bien; il/elle a aimé | | | il/elle n'a ni aimé, ni pas aimé | | | il/elle a détesté |

8. Comment votre enfant a-t-il/elle réagi la première fois qu'il/elle a mangé de la nourriture solide?

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|--|---|---|----------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très bien; il/elle a aimé | | | il/elle n'a ni aimé, ni pas aimé | | | il/elle a détesté |

9. Habituellement, de quelle façon votre enfant réagit-il/elle envers une nouvelle personne?

| | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| réagit bien presque tout le temps | | | réagit bien une fois sur deux | | | ne réagit pas bien presque tout le temps |

10. Habituellement, de quelle façon votre enfant réagit-il/elle lorsqu'il/elle se retrouve dans un nouvel endroit?

| | | | | | | |
|--|---|---|-------------------------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| réagit bien presque tout le temps | | | réagit bien une fois sur deux | | | ne réagit pas bien presque tout le temps |

11. Avec le temps, votre enfant s'adapte-t-il/elle aux nouvelles personnes, aux nouveaux endroits, aux événements ou autres choses auxquelles il/elle fait face?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|---|---|---|---|
| oui, avec le temps il/elle aime toujours les nouvelles choses | | | il/elle aime les nouvelles choses une fois sur deux | | | non, il/elle finit toujours par ne pas aimer les nouvelles choses |

12. Jusqu'à quel point est-il facile pour votre enfant de se fâcher, d'être irrité ou attristé?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| pas facile pour lui de se fâcher, d'être irrité ou attristé | | | dans la moyenne | | | facilement par des choses qui ne dérangent pas d'autres enfants |

13. Quand votre enfant se fâche, est irrité ou est triste à cause de quelque chose, quelle est l'intensité de ses pleurs, de ses cris ou de sa mauvaise humeur?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|-------------|---|---|-----------------|---|---|--------------------------------|
| peu intense | | | dans la moyenne | | | très intense; de bonnes crises |

14. De quelle façon votre enfant réagit-il/elle lorsque vous l'habillez?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|-----------------------|
| très bien, il/elle aime ça | | | dans la moyenne; ça ne le dérange pas | | | n'aime pas ça du tout |

15. En général, votre enfant est-il/elle actif/ve?

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|--|---|---|-----------------|---|---|-------------------------|
| pas très actif, assez calme et réservé | | | dans la moyenne | | | très actif et vigoureux |

16. Jusqu'à quel point votre enfant fait-il/elle des sourires et des bruits heureux?

| | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très souvent, beaucoup plus que la moyenne | | | dans la moyenne | | | pas très souvent, beaucoup moins que les autres enfants |

17. De façon générale, quelle est l'humeur de votre enfant?

| | | | | | | |
|---|---|---|-------------------------|---|---|---------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très joyeux, de très bonne humeur | | | ni sérieux ni joyeux | | | sérieux |

18. Jusqu'à quel point votre enfant aime jouer avec vous?

| | | | | | | |
|---------------------------|---|---|--------------------|---|---|---------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| il aime beaucoup ça | | | dans la moyenne | | | il n'aime pas beaucoup ça |

19. Jusqu'à quel point est-ce que votre enfant cherche à être dans vos bras?

| | | | | | | |
|--|---|---|--|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| il/elle veut être libre la plupart du temps | | | parfois il/elle veut être dans mes bras, parfois non | | | souvent, il/elle veut qu'on le prenne presque tout le temps |

20. De quelle façon votre enfant réagit-il/elle lorsqu'il y a un changement ou un chambardement dans votre routine habituelle, par exemple si vous allez chez quelqu'un ou au magasin?

| | | | | | | |
|--|---|---|--------------------|---|---|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très bien, ça ne le/la dérange pas | | | dans la moyenne | | | pas bien du tout, il/elle est très dérangé/e |

21. Est-il facile pour vous de savoir quand votre enfant aura besoin de changer sa couche?

| | | | | | | |
|------------------|---|---|-----------------|---|---|---------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| oui, très facile | | | dans la moyenne | | | non, très difficile |

22. Est-ce que l'humeur de votre enfant est variable?

| | | | | | | |
|---|---|---|-----------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| son humeur ne change pas souvent ou varie peu | | | dans la moyenne | | | son humeur change souvent et rapidement |

23. Jusqu'à quel point votre enfant devient-il/elle excité/e lorsque quelqu'un joue avec lui/elle ou lui parle?

| | | | | | | |
|-------------------------------|---|---|-----------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| il/elle devient très excité/e | | | dans la moyenne | | | il/elle ne devient pas excité/e du tout |

24. Indiquez le niveau de difficulté qu'une mère « moyenne » aurait avec votre enfant.

| | | | | | | |
|---------------------------------|---|---|----------------------------|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très faible (aucune difficulté) | | | moyen (difficulté moyenne) | | | très élevé (beaucoup de difficulté) |

25. Outre les besoins de base (donner à manger, changer les couches, etc.), votre enfant vous demande-t-il/elle beaucoup d'attention?

| | | | | | | |
|---|---|---|-----------------|---|---|------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| très peu, beaucoup moins que la moyenne | | | dans la moyenne | | | beaucoup plus que la moyenne |

26. Lorsqu'il/elle est laissé/e seul/e, votre enfant réussit-il/elle à jouer par lui/elle-même?

| | | | | | | |
|---------------------|---|---|----------------------|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| presque toujours | | | une fois sur deux | | | presque jamais--ne joue pas seul/e |

27. De quelle façon votre enfant réagit-il/elle lorsque vous devez l'installer dans un siège d'auto, une chaise haute ou un parc?

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|---------------------------------|---|---|-------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| il/elle aime ça | | | il/elle se plaint parfois | | | il/elle n'aime pas ça du tout |

28. Jusqu'à quel point votre enfant se colle-t-il/elle contre vous lorsque vous le prenez dans vos bras?

| | | | | | | |
|---------------------|---|---|---------|---|---|------------------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| presque toujours | | | parfois | | | il/elle n'aime pas se coller |

Appendice D

« Emotional Regulation Subscale » (ERS) du Behavior Rating Scale de Bayley

| Item | Rating (Circle) |
|---|--------------------|
| 6. Negative Affect 1-42 months Three or more intense, heightened, or prolonged displays of negative affect 1 One or two intense, heightened, or prolonged displays of negative affect 2 Three or more brief displays of negative affect 3 One of two brief displays of negative affect 4 No negative affect displayed 5 | |
| 8. Hypersensitivity to Test Materials and Stimuli 1-42 months Constantly hypersensitive; hypersensitivity disrupts testing 1 Typically hypersensitive; returns to test activity in one or two instances 2 Occasionally hypersensitive 3 Typically reacts appropriately; hypersensitive in a few instances 4 Constantly responds appropriately 5 | |
| 10. Adaptation to Change in Test Materials 1-42 months Consistently resists relinquishing materials and/or refuses to accept new materials 1 Typically resists relinquishing materials and/or refuses to accept new materials; makes one or two transitions easily 2 Makes poor transitions half the time; makes good transitions half the time 3 Typically relinquishes materials and accepts new materials; one or two poor transitions 4 Consistently relinquishes materials and accepts new materials 5 | |
| 14. Attention to Tasks 6-42 months Constantly off task; does not attend 1 Typically off task; attends in one or two instances 2 Off task half the time 3 Typically attends; attention wanders in one or two instances 4 Constantly attends 5 | |

| Item | Rating (Circle) |
|---|--------------------|
| 18. Frustration with Inability to Complete Tasks 6-42 months | |
| Consistently becomes frustrated | 1 |
| Typically becomes frustrated | 2 |
| Occasionally becomes frustrated | 3 |
| Rarely becomes frustrated | 4 |
| Never becomes frustrated | 5 |
| 19. Orientation to Examiner 1-42 months | |
| Consistently avoids or resists; never responsive | 1 |
| Typically avoids or resists; one or two instances of responsiveness | 2 |
| Avoids or resists half the time; responds half the time | 3 |
| Typically responds; one or two instances of avoidance or resistance | 4 |
| Consistently responds; never avoidant or resistant | 5 |
| 21. Cooperation 6-42 months | |
| Consistently resists suggestions or requests | 1 |
| Typically resists suggestions or requests; one or two instances of cooperation | 2 |
| Resists suggestions or requests half the time; cooperates half the time | 3 |
| Typically cooperates; one or two instances of resistance | 4 |
| Consistently cooperates | 5 |
| 30. Hyperactivity 6-42 months | |
| Consistently hyperactive; fidgety and agitated in movement | 1 |
| Typically hyperactive; one or two instances of appropriate activity level | 2 |
| Hyperactive half the time; appropriate activity level half the time | 3 |
| Typically not hyperactive; one or two instances of hyperactivity | 4 |
| Consistently not hyperactive; never fidgety or agitated in movement | 5 |